

Inscrição Nº _____

EXMO. SR.: PRÓ-REITOR DE PÓS GRADUAÇÃO, PESQUISA E INOVAÇÃO

_____ ,
(nome por extenso) (estado civil)
filho(a) de _____

nascido (a) em ____/____/____ , _____ ,
(município) (Estado)

residente à: _____ ,
(rua / avenida) (nº / apto)

_____ ,
(bairro) (município) (CEP)

_____ ,
(telefone Residencial) (telefone celular) (e-mail)

_____ ,
Doc. Identidade (RG) (órgão exp.) (CPF)

_____ ,
(graduação) (ano) (Instituição)

Orientador Permanente: _____

Coorientador: _____

Área de Concentração: _____

Linha de Pesquisa: _____

Vinculado ao Projeto de Pesquisa: _____

Financiador: () sim () não Qual: _____

Vem requerer a Vossa Senhoria, sua inscrição como aluno Ouvinte para o **Curso de Mestrado** do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, estando de acordo com o Regulamento do Programa.

Santo André, _____ de _____ de _____.

(assinatura do candidato)

Entrevista realizada em: ____/____/____

Observações: _____

Aprovação da Pró-reitoria de Pós-Graduação, Pesquisa e Inovação:

Check List – Documentos

- Formulário de Inscrição
- Cópia do RG (CNH, CRM, entre outros não são válidos)
- Cópia do CPF
- Cópia da Certidão de Nascimento ou Casamento
- Cópia de Comprovante de Residência
- Cópia da Carteira do Registro de Profissão
- Cópia do Diploma de Graduação (**Frente e Verso**)
- Currículo na Plataforma Lattes
- Resumo do Projeto de Pesquisa
- 1 (uma) Foto (3x4)
- Termo de ciência e concordância com as normas do Regulamento do PPG assinado pelo candidato