**MATRICULA PROFSAÚDE 2017**

Os candidatos selecionados para matrícula deverão entregar, no endereço informado abaixo, todos os documentos exigidos listados

**LOCAL PARA ENVIO DA DOCUMENTAÇÃO DE CONFIRMAÇÃO DE MATRÍCULA – ENVIAR POR SEDEX:**

**Pró-Reitoria de Cultura e Extensão (2º Andar), UNASUS, Rua Sena Madureira, 1500. São Paulo-SP, CEP: 04021-001**

(informar no envelope: Matrícula Curso de Mestrado Profissional PROFSaúde).

**Período de Matrícula:** 22/03/2017 à 04/04/2017

**DOCUMENTOS PARA MATRÍCULA: FICHA DE MATRÍCULA** (ANEXO II – devidamente preenchida em letra de forma)

1. **Fotocópia autenticada e legível do Diploma de Graduação** (frente e verso na mesma folha). No caso de candidato que tenha obtido sua graduação no exterior, este deverá apresentar cópia autenticada de seu diploma devidamente revalidado por universidade brasileira.
2. **Fotocópia autenticada e legível de documento de Identidade em que conste o campo naturalidade** (frente e verso na mesma folha).
3. **Fotocópia autenticada e legível do CPF** (frente e verso na mesma folha). Dispensado caso conste o número na Carteira de Identidade.
4. **Fotocópia legível da Certidão de Casamento**, caso haja mudança de nome.

**NOTA:** as fotocópias devem ser encaminhadas em **papel A4 na cor branca**.

**MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA – PROFSAÚDE / 2017**

**FICHA DE MATRÍCULA – 2017- anexo II**

**NOME: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ASSOCIADA / POLO: UNIVERISDADE FEDERAL DE SÃO PAULO- UNIFESP**

**CPF Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ÓRGÃO EXPEDIDOR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, DATA DE EXPEDIÇÃO: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, NATURALIDADE: \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CIDADE DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, SEXO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RESIDENTE À \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, COMPLEMENTO,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ UF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CIDADE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_, TELEFONE RESIDENCIAL (COM DDD) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CELULAR\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, E-MAIL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DADOS DA GRADUAÇÃO –** CURSO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IES:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ANO TITULAÇÃO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**VINCULO EMPREGATÍCIO** – INSTITUIÇÃO/LOCAL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**VENHO REQUERER MATRÍCULA NO CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA, 2017.**

**NESTES TERMOS, PEDE DEFERIMENTO**

**\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Assinatura Candidato(a)