**(NÃO ACEITAREMOS FORMULÁRIO PREENCHIDO À MÃO!)**

 NOME COMPLETO

FOTO

3X4

|  |
| --- |
| Insira aqui |

 NUMERO USP CURSO DO ALUNO

|  |  |
| --- | --- |
|  Insira aqui |  ☐ MESTRADO ☐ DOUTORADO ☐ DOUTORADO DIRETO |

 PROGRAMA

|  |
| --- |
| **Clínica Médica**  |

 ÁREA DE CONCENTRAÇÃO

|  |
| --- |
| **Clínica Médica** |

 OPÇÃO (SE HOUVER)

|  |
| --- |
| Insira aqui |

|  |
| --- |
| Foi matriculado em programa de pós-graduação stricto sensu, não concluído, em unidade da USP, inclusive FMRP? ☐ SIM ☐ NÃOEm caso afirmativo, providenciar documentos para “Nova Matrícula”, conforme Artigo 53 do Regimento de Pós-Graduação. |
| É portador de deficiência? ☐ Não ☐ Sim Qual? Insira aquiPrecisa de condição especial para a realização do curso? Insira aqui |

 PROFICIÊNCIA EM INGLÊS

|  |  |
| --- | --- |
|  Data: Selecione |  Média: Insira aqui |

 ENDEREÇO RESIDENCIAL COMPLETO

|  |  |
| --- | --- |
| (Rua, Av., Pça): Insira aqui |  Nº Insira aqui |
|  Bairro: Insira aqui |  Complemento: Insira aqui |
| Cidade: Insira aqui | Estado: Insira aqui | CEP: Insira aqui |
| Tel. Residencial: Insira aqui | Tel. Celular: Insira aqui | Tel. Comercial: Insira aqui |
| E-mail: Insira aqui |

 ORIGEM

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data de Nascimento: Insira aqui  | Sexo: Insira aqui | Raça/cor: Insira aqui |
|  Cidade: Insira aqui |  Estado: Insira aqui  |  País: Insira aqui |
| Nacionalidade: Insira aqui |
|  Estado Civil: Insira aqui |
|  Nome do cônjuge (caso haja): Insira aqui |

 FILIAÇÃO

|  |
| --- |
|  Nome do pai: Insira aqui |
|  Nome da mãe: Insira aqui |

 DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

|  |  |
| --- | --- |
|  Número do RG: Insira aqui |  Data Expedição: Insira aqui |
|  Órgão Expedidor: Insira aqui |  Estado: Insira aqui |
| Número do CPF: Insira aqui |
| Número do Título de Eleitor: Insira aqui |
| Zona: Insira aqui | Seção: Insira aqui | Localidade: Insira aqui |
| Número do Documento Militar: Insira aqui |
| Órgão Expedidor: Insira aqui | Categoria: Insira aqui |
| Série: Insira aqui | RM/RA: Insira aqui | CSM: Insira aqui | Emissão: Selecione |

 PARA ALUNO ESTRANGEIRO

|  |  |
| --- | --- |
| Número do RNE (Registro Nacional de Estrangeiro): Insira aqui |  Emissão: Selecione  |
| Validade: Insira aqui |
| Protocolo RNE: Insira aqui |  Emissão: Selecione |  Validade: Inserir data  |
|  Passaporte: Insira aqui |  País: Insira aqui |
|  Data de Emissão: Selecione |  Válido até: Selecione |
|  Tipo de Visto: Insira aqui |  Emissão: Selecione |  Validade: Selecione  |

 CURSO DE GRADUAÇÃO

|  |
| --- |
| Instituição (Escola, Faculdade, Universidade): Insira aqui |
| Cidade/Estado: Insira aqui |
| Título obtido: Insira aqui |
| Dia, Mês, Ano do início do curso: Insira aqui |
| Dia, Mês, Ano em que o Título foi obtido (Colação de grau): Insira aqui |

 MESTRADO

|  |
| --- |
| Nome da Instituição: Insira aqui |
|  Título obtido: Insira aqui |
| Cidade/Estado: Insira aqui |  Data de obtenção do título: Selecione |

 ORIENTAÇÃO

|  |
| --- |
|  Nome do orientador: Insira aqui |
|  Data: Insira aqui |  Assinatura e carimbo do orientador: |

 PROJETO DO ALUNO (se houver)

|  |
| --- |
|  Título: Insira aqui  |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Assinatura do Aluno**

 **A SER PREENCHIDO PELA SECRETARIA DO PROGRAMA:**

PROCESSO SELETIVO

|  |
| --- |
|  Data da inscrição: Período de 22 de fevereiro de 2021 a 29 de março de 2021 |
|  Data de seleção: dias 05 de abril de 2021 a 16 de abril de 2021. |
|  Situação: x APROVADO ☐REPROVADO |
|  Para ingresso em qual semestre? **X** 1º ☐ **2º** |

 ORIENTAÇÃO

|  |
| --- |
|  ☐ Acadêmica x Plena ☐ Específica |

 APROVAÇÃO DA CCP APROVAÇÃO DA CPG

|  |  |
| --- | --- |
|  Data: **16/04/2021** Assinatura e carimbo: |  Data: Insira aqui Assinatura e carimbo: |