ANEXO 1

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO TRANSFERÊNCIA EXTERNA 2020/2

MEDICINA

UNIVERSIDADE VILA VELHA ESPÍRITO SANTO

Nome do candidato:		
CPF:	RG:	
Endereço:		Nº:
Compl.:	Bairro:	
Cidade:	UF:	CEP:
E-mail:	Tel.: 1) 2)	
Curso pretendido: **MEDICINA**	Turno: **DIURNO INTEGRAL**	Período:
Participa de algum programa de bolsa? ( )Sim ( )Não Se sim qual? ( ) FIES ( ) NOSSA BOLSA ( ) PROUNI ( ) Outra		

DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA: Toda documentação deve ser original, carimbada e assinada pela IES de origem.

- ☐ Histórico Escolar
- ☐ Programação dos estudos e habilidades realizados
- ☐ Declaração de regularidade de matrícula, constando que não se encontra *sub-judice*
- ☐ Declaração contendo a metodologia de ensino da outra IES
- ☐ Cópia do RG
- ☐ Cópia do CPF

ENDEREÇO DA INSTITUIÇÃO DE ORIGEM

NOME DA INSTITUIÇÃO:		
Rua:		Nº:
Bairro:	Cidade:	
UF:	CEP:	
Assinatura do candidato:		
Data: _____/_____/_____		

PARA PREENCHIMENTO INTERNO

Encaminhamento:		
Assinatura:		Data: _____/_____/_____
Parecer da Coordenação de Curso:		
☐ Deferido		
☐ Indeferido		
Assinatura:		Data: _____/_____/_____
Processamento Acadêmico Final:		
☐ Deferido		
☐ Indeferido		
Assinatura:		Data: _____/_____/_____

Autenticação

Findo o prazo de seleção, os documentos entregues para análise ficarão à disposição dos candidatos para retirada no prazo de 90 dias, após este prazo serão destruídos.

Carimbo e assinatura do funcionário responsável