|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **UERJ/SR- 2** | **GERÊNCIA DE CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO** | | |  |
|  | **FOST 06 V. 4.0** | **F O R M U L Á R I O D E M A T RÍ C U L A - M E / D O / M P** | **1/2** |  |

CÓDIGO DE ATUALIZAÇÃO

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INCLUSÃO** | **X** | **I** | **ALTERAÇÃO** |  | **A** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **Ingresso** | | | | **Identificação** | | | | | | | | **Curso** |
| **Ano** | | **Período** | | **Centro** | **Unid. Sigla** | | | **Curso Sigla** | | | | **Me/Do/MP** |
| **2** | **3** | **0** | **1** | **CBI** | **E** | **N** | **F** |  | **E** | **N** | **F** |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **CURSO** |  | | | | | | | | | | | | | |
| **Denominação do Programa:**  ENFERMAGEM | | | | | | | | | | | | | | |
| **Área de Concentração:**  ENFERMAGEM, SAÚDE E SOCIEDADE | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICAÇÃO** | | | |  | | |
| **Nome do Discente** | | | | | | |
| **Nome social? ( ) sim ( ) não** | | | | | **Se sim, qual?** | |
| **Nº CPF ( )** | |  |  |  | **Matrícula (Uso SR-2)** | |
| **Nº Reg. de Estrangeiro ( )** | | | | |
| **Origem** | |  |  |  | **Sexo** |  |
| **( ) Brasileiro/Naturalizado ( ) Estrangeiro** | | | | | **( ) Masculino ( ) Feminino** |  |
| **Cotista ( ) Não ( ) Sim**  **( ) indígenas ( ) negros ( ) deficientes**  **( ) graduação universidade pública ( ) graduação universidade privada com financiamento**  **( ) filhos de policiais civis e militares, bombeiros, agentes penitenciários, policiais mortos e incapacitados em razão do serviço.** | | | | | | |
| **Nome do Pai** | | | | | | |
| **Nome da Mãe** | | | | | | |
| **Nascimento** | | | **Cidade** | | | **Estado** |
| **Dia** | **Mês** | **Ano** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DOCUMENTOS** |  | | | |
| **Identidade tipo** |  | **Número** | | |
| **( ) CI** |  |
| **( ) Passaporte** | | **Emissão - Órgão** | **UF** | **Data** |
| **( ) Registro de Estrangeiro** | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ENDEREÇO** |  | | | | | | |
| **Logradouro (Rua, Avenida, etc)** | | | | | | | **Número** |
| **Complemento (apartamento, bloco etc)** | | **Bairro** | | | | **CEP** | |
| **Cidade** | | | **UF** | **Telefone** | | | |
| **DDD** | **Número** | | **Ramal** |
| **E-mail** | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **UERJ/SR-2** | **GERÊNCIA DE CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO** | | |  |
|  | **FOST 06 V. 4.0** | **F O R M U L Á R I O D E M A T RÍ C U L A - M E / D O / M P** | **2/2** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome do Discente** | **Programa**  **ENFERMAGEM** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CURSOS CONCLUÍDOS** | |  | | |
| **Graduação Plena em (curso/área de conhecimento)** | | | | |
| **Instituição** | | | | |
| **Ano Término** | **Sigla Instituição** | | **Cidade** | **Estado** |
| **Instituição ( ) particular ( ) pública Cotista na Graduação ( ) sim ( ) não**  **Auxílio PROUNI ou equivalente? ( ) sim ( ) não Financiamento FIES ou equivalente ( ) sim ( ) não** | | | | |
| **Mestrado em (curso/área de conhecimento)** | | | | |
| **Instituição** | | | | |
| **Ano Término** | **Sigla Instituição** | | **Cidade** | **Estado** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PG UERJ - INGRESSO** | | | | | | |
| **Ingresso (Uso da Coordenação do Programa).** | | | | | | |
| **Rematrícula**  **(2ª seleção ao curso)** | **Forma ( ) seleção (c/prova)**  **( ) exame currículo ( ) transferência** | **Nº Deliberação. Ingresso**  **/** | **Data (Início Curso)** | |  | **Convênio** |
| **( ) Sim** | **( ) outra Especifique** | **Nº Deliberação Integralização** | **Dia** | **Mês** | **Ano** | **( ) Sim** |
| **( ) Não** |  | **/** |  |  |  | **( ) Não** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SITUAÇÃO ATUAL** |  | |
| **Atividade Docente** |  |  |
| **( ) Docente da Uerj** |  |  |
| **( ) Docente de outra Ies** | | **Nome da Ies** |
| **( ) Não é docente de ensino superior** | |  |
| **( ) Docente sem vínculo com Ies** | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ASSUMO A RESPONSANBILIDADE DAS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS**  **DATA / / . Assinatura do Discente** | **CONFERE A DOCUMENTAÇÃO**  **(especialmente 30, 31)**  **Assinatura do Servidor (nome e matrícula ou carimbo)** |
| **AUTORIZAÇÃO MATRÍCULA**  **DATA / / .**  **Assinatura do Coordenador Curso**  **(nome e matrícula ou carimbo)** | |