|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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)** |