|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**FICHA DE INSCRIÇÃO PÓS-GRADUAÇÃO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Curso:** | |
| **Nome:** | |
| **Nacionalidade:** | **Data de Nascimento:** |
| **CPF:** | **RG:** |
| **Estado Civil:** | **Profissão:** |
| **Endereço: Complemento:** | |
| **Cidade:** | **Bairro:** |
| **Fone Residencial:** | **Estado: CEP:** |
| **E-mail:** | **Fone Celular:** |
| **Local de trabalho: Tempo de empresa:** | |
| **Renda mensal:** | |
| **Endereço comercial: Nº** | **Compl.: Bairro:** |
| **Estado: CEP: Fone comercial:** | |
| **Formação acadêmica/curso** |  |
| **Instituição:** | **Data da conclusão do curso:** |
| **Data de vencimento boleto ( 05 ) ( 08 ) ( 10 ) ( 12 )** |  |
| **Assinatura do Interessado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |
| São pré-requisitos imprescindíveis para o deferimento da INSCRIÇÃO a apresentação dos seguintes documentos originais acompanhados de cópias e/ou **cópias autenticadas: carteira de identidade, Cadastro de Pessoa Física (CPF), histórico escolar de graduação, diploma de graduação, registro no Conselho Regional de Enfermagem válido, uma foto 3x4, carteira de vacinação, atestado de vacina de rubéola para mulheres acima de 40 anos, comprovante de residência atualizado, comprovante de renda atualizado e ficha de inscrição completamente preenchida.** **(Este documento faz parte do contrato de prestação de serviços).**  **Favor preencher e enviar para o e-mail:** [**matricula@institutocienciaearte.com.br**](mailto:matricula@institutocienciaearte.com.br)  **ou para whatsApp ( 48) – 99101-3630** | |
|  | |