



SECRETARIA DO DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO,
CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA

Foto
3x4
Atual

Ficha de solicitação para cursar disciplinas no Mestrado Acadêmico Saúde e Envelhecimento na condição de Aluno Especial

Dados pessoais

Nome: _____
Filiação: Pai: _____ Mãe: _____
Natural: _____ Nacionalidade: _____ Est. Civil: _____
Endereço: _____ Bairro _____
Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____
Fone.:() _____ Celular: _____ Fax: _____
E-mail _____ Data Nasc.: ____/____/____

Documentação

C.P.F.: _____ RG: _____ UF _____ Órgão Expedidor: _____
Data Expedição: ____/____/____ Documento Militar _____ Sexo: Feminino ___ Masculino ___
Título de eleitor _____ Seção _____ Zona _____
Passaporte (para estrangeiros) nº _____ Nacionalidade: _____
Endereço de acesso do currículo lattes: _____

Formação universitária

Curso de Graduação: _____
Universidade: _____ Período: De _____ Até _____
Curso de Pós-Graduação: _____
Universidade: _____ Período: De _____ Até _____

DISCIPLINA PLEITEADA: ASSINALE SOMENTE 01 (UMA) DISCIPLINA)

Marque x	Período	Horário	Disciplina(s)	Professor(es)	Vagas	Parecer da Coordenação
()	04,11,18 e 25/09/2013 (4ªfeira – manhã)	08 às 12hs	Bases fisiopatológicas dos processos imunoalérgicos – 4 créditos	Prof. Dr. Zamir Calamita	05	D () I ()
()	10/10/2013(5ªfeira – manhã) 17/10/2013(5ªfeira - Manhã e tarde) 06/11/2013(4ªfeira - Manhã e tarde)	08 às 12hs e 14 às 17hs	Implicações do uso terapêutico das células-tronco – 4 créditos	Prof. Dr. Spencer L. M. Payão	04	D () I ()
()	07,21,28/05 e 04,11 e 18/06/13	14 às 17hs	Endotélio e exercício físico – 4 créditos	Prof. Dr. Agnaldo B.Chies	04	D () I ()



SECRETARIA DO DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO, CIÊNCIA E
TECNOLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA

MOTIVAÇÃO E JUSTIFICATIVA

Descreva as principais razões pelas quais está se candidatando como aluno especial para cursar uma disciplina no Mestrado Acadêmico Saúde e Envelhecimento e os principais objetivos que espera alcançar.

Declaro que as informações contidas nesse formulário de inscrição são verdadeiras e que tenho plena ciência que a matrícula em disciplina isolada não me assegura aprovação ou concede qualquer privilégio em futuros processos de seleção para alunos regulares.

Data: ____/____/____ Assinatura: _____

OBS.: O candidato que tiver o pedido indeferido deverá procurar a Secretaria do curso, no prazo de 30 (trinta) dias após o resultado, para buscar a documentação que depositou no ato da inscrição. Após este prazo a documentação será eliminada.

PARECER DA COORDENAÇÃO:

() D -DEFERIDO

() I - INDEFERIDO

Assinatura do(a) Coordenador(a) ____/____/____.