



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO
FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA



ANEXO VIII
REQUERIMENTO DE MATRÍCULA

1. DADOS PESSOAIS

Nome Completo

Data de Nascimento

____/____/____

Sexo

() F () M

Estado Civil

Foto
3x4

RG.

____.____.____-____

Órgão emissor

Data expedição

____/____/____

CPF

nº Título de Eleitor

Zona

Seção

Serviço Militar

Órgão expedidor

Data da expedição

____/____/____

Endereço

Bairro

Cidade/Estado

CEP

Telefone Residencial

Telefone Celular

E-mail

DADOS PROFISSIONAIS

Empresa onde trabalha

E-mail Comercial

Cargo/Função

Telefone Comercial

FORMAÇÃO ACADÊMICA

1) Curso de Graduação concluído

Faculdade/Universidade

Ano de conclusão

2) Curso de Pós-Graduação – Mestrado concluído

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E ENVELHECIMENTO

Av. Monte Carmelo, 800, Fragata – CEP: 17.519-030 Marília - SP
Fone: (14) 3311-2828 – Email: ppgsaudeenvelhecimento@famema.sp.gov.br



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO
FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA



Faculdade/Universidade

Ano de conclusão

Data da Matrícula

Assinatura do Aluno

Assinatura da Coordenação

____/____/____

2. DADOS PARA PREENCHIMENTO DO CENSO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR

Nome _____

Nome Social (não obrigatório) _____

Nome para o crachá: _____

Curso: PPG em Saúde e Envelhecimento - DOUTORADO

Cor/Raça () Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena

Nacionalidade

() Brasileira () Brasileira – nascido no exterior ou naturalizado () Estrangeira

País de Origem _____

Concluiu ensino médio em escola pública? () Sim () Não

Se SIM, participou do Programa de Reserva de Vagas - PIMESP?

() Sim () Não

Se SIM, do Programa de Reserva de Vagas – PIMESP:

() Étnico

() Estudante Procedente de Escola Pública

Atividade Extracurricular () Sim () Não

Se SIM, Qual? () Pesquisa () Extensão

Especifique _____

MOBILIDADE ACADÊMICA

() Não () Sim () Nacional () Internacional

IESDestino _____

Programa /Idioma: _____

Participou de intercâmbios? () Sim () Não

Contou com algum auxílio na organização do intercâmbio? () Sim () Não

Em caso afirmativo:

() IFMSA () Agências de intercâmbio

() Outros. Qual? _____

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E ENVELHECIMENTO

Av. Monte Carmelo, 800, Fragata – CEP: 17.519-030 Marília - SP
Fone: (14) 3311-2828 – Email: ppgsaudeenvelhecimento@famema.sp.gov.br



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO
FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA



Deficiências / Transtorno Global do Desenvolvimento/ Transtorno do Espectro Autista ou Altas Habilidades / Superdotação

() Sim () Não

TIPO DEFICIÊNCIA

- () Baixa visão
- () Cegueira
- () Deficiência auditiva
- () Deficiência física
- () Deficiência intelectual
- () Surdez
- () Surdocegueira

Transtorno Global do Desenvolvimento/Transtorno do Espectro Autista

- () Transtorno Global do Desenvolvimento (TGD)
- () Transtorno do Espectro Autista (TEA)

Altas Habilidades / Superdotação

- () Altas Habilidades / Superdotação