



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Odontologia
Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Odontologia
Av. Pres. Antônio Carlos, 6627 - Pampulha
Belo Horizonte – MG – 31.270-901
Tel: (31) 3409 2470 Fax: (31) 3409 2472
Email: odonto-posgrad@ufmg.br



REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO À SELEÇÃO DO CURSO DE **DOUTORADO** EM ODONTOLOGIA

Ilmo. Sr.
Profa. Maria Cássia Ferreira de Aguiar
Coordenadora do Colegiado do Programa
de Pós-Graduação em Odontologia

INSCRIÇÃO N° _____

Data: ____/____/____

assinatura

Eu, _____, abaixo assinado,
diplomado(a) pela _____, em ____/____/____,
registro no CRO nº _____, residente à _____
_____, nº _____ Aptº _____, Tel. () _____
_____, CEP: _____, Cidade _____,
Estado _____, e-mail: _____,
solicita de V.Sa. sua inscrição ao exame de seleção de candidatos ao curso de
Doutorado em Odontologia, área de concentração em _____.

(linha de pesquisa)

Para esse fim, junta a este requerimento os seguintes documentos (a serem assinalados pelo CPGO):

- _____ comprovante de pagamento da taxa de inscrição/isenção FUMP
- _____ 1 (UMA) foto 3 x 4;
- _____ Certificado de Alistamento Militar; **CPF; Cart. de Identidade; Cert. Nascim/Casam.**
- _____ título de eleitor e certidão de quitação eleitoral;
- _____ cópia do comprovante de endereço (conta de água, luz ou telefone);
- _____ Cópia do diploma de graduação - frente e verso (e Mestrado, se houver);
- _____ histórico escolar dos cursos de Graduação;
- _____ visto de estudante ou residência permanente (para estrangeiros);
- _____ “curriculum vitae”, no formato *Lattes*, com comprovantes;
- _____ 4 (quatro) vias do plano de trabalho para elaboração de tese.
- _____ comprovante de proficiência de língua estrangeira

Nestes termos
Pede deferimento.

Candidato

Belo Horizonte, _____ de _____ de 20_____.