

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 Email: odonto-prosgrad@ufmg.br

INSCRIÇÃO N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura funcionário CPGO

##### REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO À SELEÇÃO

##### CURSO DE **ESPECIALIZAÇÃO EM RADIOLOGIA**

**ODONTOLÓGICA E IMAGINOLOGIA**

(A ser preenchido pelo aluno)

NOME:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

registro no CRO nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_\_\_\_\_ Aptº \_\_\_\_\_\_\_,

Bairro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefone: ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CEP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Cidade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Estado \_\_\_\_\_\_,

e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Para esse fim, junta a este requerimento os seguintes documentos :

(a serem assinalados pela secretaria do CPGO)

\_\_\_\_\_\_\_1 (UMA) foto 3 x 4;

\_\_\_\_\_\_\_ CPF; Carteira de Identidade; Certidão de Nascimento/Casamento

\_\_\_\_\_\_\_ título de eleitor e declaração de quitação eleitoral

\_\_\_\_\_\_\_ Documento Militar com registro de conclusão do curso

\_\_\_\_\_\_\_ cópia do comprovante de endereço (conta de água, luz ou telefone)

\_\_\_\_\_\_\_ cópia do diploma de graduação - frente e verso

\_\_\_\_\_\_\_ histórico escolar do curso de Graduação

\_\_\_\_\_\_\_ visto de estudante ou residência permanente (para estrangeiros)

\_\_\_\_\_\_\_ “curriculum vitae”, no formato *Lattes*, com comprovantes

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

RECEMOS A DOCUMENTAÇÃO REFERNTE À INSCRIÇÃO DA SELEÇÃO DO **CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA E IMAGINOLOGIA**

CANDIDATO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No. INSCRIÇÃO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Assinatura CPGO