

Colegiado de Pós-Graduação em Odontologia

Faculdade de Odontologia

Av. Pres. Antônio Carlos, 6627

Pampulha – Belo Horizonte – MG

CEP: 31.270-901

E-mail: odonto-posgrad@ufmg.br

 **Processo de Seleção de Bolsas DE MESTRADO E Doutorado 2021**

**Atestado de Residência**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, discente regularmente matriculado no Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, nível \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, sob o número de matrícula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de nacionalidade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente na Rua/Av. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, no. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, complemento \_\_\_\_\_\_\_\_\_, Cidade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (UF), atesto minha residência em município localizado a mais de 250km de Belo Horizonte, com necessidade de mudança de domicílio.

Apresento, em anexo, **uma das seguintes documentações comprobatórias** de residência no município de origem:

[ ]  Conta de luz de imóvel residencial em nome do candidato, pai, mãe ou cônjuge/companheiro(a) OU

[ ]  Conta de água de imóvel residencial em nome do candidato, pai, mãe ou cônjuge/companheiro(a) OU

[ ]  Conta de telefone fixo residencial em nome do candidato, pai, mãe ou cônjuge/companheiro(a).

Belo Horizonte, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_

Nome e Assinatura do candidato

Nome e Assinatura do Orientador