

**ANEXO VIII FICHA SEMESTRAL DE MATRÍCULA
CURSO DE MESTRADO**

<http://w2.portais.atrrio.scire.net.br/upe-csaude/index.php/pt/> (Admissão – Formulário);

ANO: 2021 /1º SEMESTRE

NOME: _____

ENDEREÇO RESIDENCIAL: _____

Nº _____ APT. ____

BAIRRO _____ CEP _____ CIDADE _____ UF _____

TELEFONE CONVENCIONAL _____ CELULAR _____

E-mail (usar letra de forma)

FILIAÇÃO:

PAI _____

MÃE _____ SEXO: _____

_____ DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

NATURALIDADE (CIDADE/UF): _____ NACIONALIDADE: _____

CPF: _____

IDENTIDADE: _____

ÓRGÃO DE EXPEDIÇÃO: _____ DATA DE EXPEDIÇÃO: _____

TÍTULO DE ELEITOR: _____ ZONA: _____ SEÇÃO: _____

REGISTRO NO CONSELHO REGIONAL: _____

CURSO DE GRADUAÇÃO: _____

ANO DE CONCLUSÃO: _____ IES: _____

POSSUI VINCULO EMPREGATÍCIO: SIM() NÃO()

ENDEREÇO DO TRABALHO _____

CEP: _____ TELEFONE/FAX: _____

HORÁRIO DE TRABALHO: _____

ENDEREÇO DO TRABALHO _____

CEP: _____ TELEFONE/FAX: _____

HORÁRIO DE TRABALHO: _____

ENDEREÇO DO TRABALHO _____

CEP: _____ TELEFONE/FAX: _____

HORÁRIO DE TRABALHO: _____

Vem requerer matricula ao Curso de Mestrado em Ciências da Saúde- UPE e declarar estar ciente:

- Formulário de matrícula devidamente preenchido e assinado pelo aluno e orientador (modelo disponível: <http://w2.portais.atrilo.scire.net.br/upe-csaude/index.php/pt/>);
- Comprovante de conclusão do curso de mestrado, com cópia do diploma ou declaração de conclusão do curso com colação de grau (1ª matrícula),
- Cópia de identidade, CPF, certidão de nascimento/casamento com autenticação, sem nenhuma pendência (exclusivamente na 1ª matrícula ou caso após mudança de nome após casamento).
- Declaração de quotista e comprovação: servidores da UPE, pessoa com Deficiência ou indígenas;
- Atesto que declarei todos os vínculos empregatícios que possuo;
- Declaro que são de minha inteira responsabilidade as informações que prestei referentes aos anexos V (Servidores da UPE), VI (Pessoa com Deficiência) e VII (auto declaração indígena) – exclusivamente na 1ª matrícula;
- Atesto que tenho ciência (a) que o curso de Mestrado em Ciências da Saúde ocorre em tempo INTEGRAL e assumo o compromisso de estar disponível para realizar todas as atividades do curso em, no máximo, 24 meses, conforme regras da CAPES;
- Declaro que li e conheço o Regimento Interno vigente do PPGCS/UPE na íntegra (modelo disponível: <http://w2.portais.atrilo.scire.net.br/upe-csaude/index.php/pt/>);
- Estou ciente também que **para defender a dissertação terei que ter um artigo publicado ou aceito ou submetido em revista de qualis A1, A2, a3 e A4.**
- Estou ciente que, em caso de aprovação, não há garantias de bolsas de estudo, para tal, o orientador deverá solicitar à FACEPE uma quota, via PPGCS-UPE, conforme edital divulgado pelo órgão de fomento.

Neste termo, pede deferimento de matrícula.

Recife, _____ de _____ de _____.

Assinatura do (a) discente (a)

Assinatura do (a) orientador (a)