

**FICHA SEMESTRAL DE MATRICULA
CURSO DE DOUTORADO**

ANO: 20 _____ **SEMESTRE:** 1º 2º

NOME: _____

ENDEREÇO RESIDENCIAL: _____

Nº _____ APTº _____

BAIRRO _____ CEP _____ CIDADE _____ UF _____

TELEFONE CONVENCIONAL _____ CELULAR _____

E-mail (usar letra de forma)

FILIAÇÃO:

PAI _____

MÃE _____

SEXO: _____ DATA DE NASCIMENTO: _____ / _____ / _____

NATALIDADE (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: _____

MESTRADO (NOME DO CURSO): _____

ANO DE CONCLUSAO: _____ 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 Doutorado 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/>);

(___) Comprovante de conclusão do curso de mestrado, com cópia do diploma ou declaração de conclusão do curso com colação de grau (1ª matrícula ou caso em mudança de nome após casamento),

(___) Cópia de identidade, CPF, certidão de nascimento/casamento com autenticação, sem nenhuma pendência (1ª matrícula).

(___) Declaração de quotista e comprovação: servidores da UPE, pessoa com Deficiência, negros ou indígenas;

(___) Atesto que declarei todos os vínculos empregatícios que possuo;

(___) Declaro que são de minha inteira responsabilidade as informações que prestei referentes aos itens 7.2 (servidores da UPE) e 7.3 (Pessoa com Deficiência, autodeclararem negros ou indígenas)- 1ª matrícula;

(___) Atesto que tenho ciência (a) que o curso de Doutorado 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, 48 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/>);

(___) Estou ciente também que **para defender a tese terei que ter dois artigos, o primeiro artigo publicado ou aceito, e o segundo no formato de “draft” ou submetido em revista de qualis A1, A2, B1 ou B2 na área de Medicina I;**

(___) 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)