

**FICHASEMESTRALDEMATRÍCULA CURSO
DE MESTRADO**

ANO:20 _____ **SEMESTRE:** 1º 2º

NOME:

ENDEREÇO RESIDENCIAL:

Nº _____ APT. ____

BAIRRO _____ **CEP** _____ **CIDADE** _____

UF

_____T

ELEFONE

CONVENCIONAL _____ **CELULAR** _____

E-mail(usarletradeforma)

FILIAÇÃO:

PAI _____

MÃE _____

_____ **SEXO:** _____ **DATA DE NASCIMENTO:** ____/____/____

NATURALIDADE (CIDADE/UF): _____ **NACIONALIDADE:**

CPF: _____

IDENTIDADE: _____

ÓRGÃO DE EXPEDIÇÃO: _____ **DATA DE**

EXPEDIÇÃO: _____

TÍTULO DE ELEITOR: _____ **ZONA:**

_____ **SEÇÃO:** _____

REGISTRONO 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.atrionet.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),

() 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, 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) – 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 tenho conhecimento do 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 dissertação terei que ter pelo menos um artigo produto da dissertação, publicado ou aceito, em periódico científico indexado com fator de impacto maior igual a 1.5 na base JCR ou nos extratos superiores orientados pela CAPES para a área da Medicina I. (Qualis A1 – 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, peço deferimento de matrícula.

Recife, _____ de _____ de _____.

Assinado(a) discente(a)

Assinado(a) orientador(a)