Faculdade de Medicina do Vale do Aço

PROCESSO SELETIVO PARA TRANSFERÊNCIA - 2º SEMESTRE/2007 - FICHA DE INSCRIÇÃO
CURSO DE MEDICINA

DADOS PESSOAIS

NOME DO CANDIDATO

SEXO				DATA NASCIMENTO			DOCUMENTO DE IDENTIDADE			DDD	TELEFONE
MASC.		FEM.		DIA	MÊS	ANO	NÚMERO	TIPO	UF		
1		2									

ENDEREÇO (rua, número, etc...)

BAIRRO | CIDADE | UF

CEP | EMAIL

FACULDADE DE ORIGEM

REQUERIMENTO

O ABAIXO ASSINADO REQUER SUA INSCRIÇÃO PARA O PROCESSO SELETIVO DE TRANSFERÊNCIA PARA O 2º SEMESTRE DE 2007 DA FACULDADE DE MEDICINA DO VALE DO AÇO.

CANDIDATO

_____ _____/_____/_____ _____

LOCAL | DATA | ASSINATURA

VISTO DO FUNCIONÁRIO / AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

OBSERVAÇÃO: EFETUAR O PAGAMENTO SOMENTE APÓS A ANÁLISE DO HISTÓRICO ESCOLAR E PROGRAMAS DE DISCIPLINAS FEITA PELO COORDENADOR.

TAXA DE INSCRIÇÃO – R$ 100,00 (CEM REAIS) – DEVERÁ SER EFETUADA ATRAVÉS DE DEPÓSITO BANCÁRIO NOMINAL À UNIÃO EDUCACIONAL DO VALE DO AÇO, BANCO REAL S/A, BANCO 356, AGÊNCIA 0152, CONTA CORRENTE 5709191-2.