

REQUERIMENTO DE TRANSFERÊNCIA EXTERNA PARA CURSO DE MEDICINA – 2016/2

DADOS DO CANDIDATO

Nome Completo: _____

Período pretendido: _____

Data de Nascimento

Sexo

CPF:

RG:

____ / ____ / ____

() F

(

Endereço - Logradouro: _____

) M

nº: _____

complemento: _____

Bairro: _____

Cidade: _____

UF: _____

CEP: _____

Telefone Fixo:

Celular:

Email: _____

() _____

() _____

ORIGEM DO CANDIDATO

Instituição de origem: _____

Último período cursado _____

Forma de ingresso na Instituição de Origem:

() Vestibular () Obtenção de novo título () Transferência externa () Transferência interna () Outro: _____

Situação acadêmica no curso de origem:

Bolsista ProUni?

() Cursando () Trancado () Desistente () Outro: _____ () Não () Sim, bolsa de _____%

Assinatura do requerente: _____

Local e data: _____, ____ / ____ / ____

USO EXCLUSIVO DA SECRETARIA FAMINAS

Documentos entregues:

() **Comprovante de pagamento** da taxa de inscrição (valor R\$500)

() **Histórico Escolar** atualizado do requerente, fornecido pela IES de origem, emitido nos últimos três meses

() Cópia da **Carteira de identidade**

() Cópias autenticadas dos **planos de ensino** das disciplinas cursadas na instituição de origem e com aprovação

USO EXCLUSIVO DA COORDENAÇÃO DE CURSO

() Processo deferido

Assinatura do coordenador: _____

Data:

() Processo indeferido

____ / ____ / ____