

REQUERIMENTO DE TRANSFERÊNCIA E OBTENÇÃO DE NOVO TÍTULO PARA CURSO DE MEDICINA 2018/2

DADOS DO CANDIDATO

Nome Completo: _____

Período Pretendido: _____

Data de Nascimento: _____/_____/_____

Sexo:

F M

CPF: _____

RG: _____

Endereço – Logradouro: _____

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:

Cursando Trancado Desistente Outro: _____

Bolsista ProUni?

Não Sim, bolsa de _____ %

Assinatura do Requerente: _____

Local e data: _____, ____/____/____

USO EXCLUSIVO DA SECRETARIA UNIFAMINAS

Documentos entregues transferência:

- Comprovante de pagamento da taxa de inscrição (valor R\$500)
- Cópia da Carteira de Identidade (cópia autenticada)
- Histórico Parcial de Graduação atualizado, fornecido pela IES de origem, emitido nos últimos três meses (cópia autenticada)
- Plano de Ensino das disciplinas cursadas na instituição de origem e com aprovação (cópias carimbadas de confere com original)

Documentos entregues Obtenção de Novo Título:

- Comprovante de pagamento da taxa de inscrição (valor R\$500)
- Cópia da Carteira de Identidade (cópia autenticada)
- Declaração de Conclusão da Graduação, emitida nos últimos 3 (três) meses (cópia autenticada)
- Histórico de Conclusão da Graduação (cópia autenticada)
- Diploma de Conclusão da Graduação (cópia autenticada)
- Plano de Ensino das disciplinas cursadas na instituição de origem e com aprovação (cópias carimbadas de confere com original)

USO EXCLUSIVO DA COORDENAÇÃO DE CURSO

Processo Deferido

Assinatura do Coordenador: _____

Data: _____

Processo Indeferido

____/____/____