

REQUERIMENTO DE TRANSFERÊNCIA E OBTENÇÃO DE NOVO TÍTULO PARA CURSO DE MEDICINA 2019/1

DADOS DO CANDIDATO

Nome Completo:				Período Pretendido:	
Data de Nascimento:	Sexo:	CPF:	RG:		
____/____/____	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	_____	_____		
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:						
<input type="checkbox"/> Vestibular	<input type="checkbox"/> Obtenção de Novo Título	<input type="checkbox"/> Transferência Externa	<input type="checkbox"/> Transferência interna	<input type="checkbox"/> Outro:	_____	
Situação Acadêmica no Curso de Origem:				Bolsista ProUni?		
<input type="checkbox"/> Cursando	<input type="checkbox"/> Trancado	<input type="checkbox"/> Desistente	<input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> 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, caso não tenha o diploma (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

- | | | |
|--|----------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> Processo Deferido | Assinatura do Coordenador: | Data: |
| <input type="checkbox"/> Processo Indeferido | _____ | ____/____/____ |