

**REQUERIMENTO DE TRANSFERÊNCIA E OBTENÇÃO DE NOVO TÍTULO PARA
CURSO DE MEDICINA – 2020/1**

DADOS DO CANDIDATO

Nome Completo: Período pretendido:

Data de Nascimento

Sexo

CPF:

RG:

____/____/____ () F () M _____

Endereço - Logradouro:

nº:

complemento:

Bairro:

Cidade:

UF:

CEP:

Telefone Fixo:

Celular:

Email:

() _____ () _____ _____

ORIGEM DO CANDIDATO

Último período cursado Instituição de origem:

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 UNIFAMINAS

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
() Processo indeferido

Assinatura do coordenador:

Data:

_____ / ____ / ____