

REQUERIMENTO DE TRANSFERÊNCIA E OBTENÇÃO DE NOVO TÍTULO PARA O CURSO DE MEDICINA – 2021/2

DADOS DO CANDIDATO

Nome Completo: _____

Período pretendido: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Sexo: () F () M

CPF: _____ RG: _____

Endereço - Logradouro: _____

Número: _____ Complemento: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

Telefone Fixo: () _____ - _____ Celular: () _____ - _____

E-mail: _____

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:

() Cursando () Trancado () Desistente () Outro: _____

Bolsista ProUni? () Não () Sim, bolsa de _____%

Assinatura do requerente:

Local e data: ____/____/____

USO EXCLUSIVO DA SECRETARIA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO 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

() Processo indeferido

Assinatura do coordenador:

Data:

____/____/____