



## FICHA DE INSCRIÇÃO NO PROCESSO SELETIVO DE TRANSFERÊNCIA CURSO DE MEDICINA - UNIFEV

Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_ Data expedição do RG: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Celular: (\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tel.: (\_\_\_) \_\_\_\_\_

End.: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Instituição de Origem: \_\_\_\_\_

Endereço da Instituição: \_\_\_\_\_

Data de Ingresso no Curso da Instituição de Origem: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Período (vaga) que irá concorrer: \_\_\_\_\_ Possuo FIES: sim ( ) não ( )

Quais as razões que o levaram a desejar ingressar no curso de Medicina da UNIFEV?

---

---

---

---

Declaro para os devidos fins de direito e efeitos legais, que enviei no e-mail ([transferenciamedicina@fev.edu.br](mailto:transferenciamedicina@fev.edu.br)) os documentos a seguir relacionados para o processo seletivo de transferência do Curso de Medicina: -Declaração atualizada de matrícula/vinculo da Instituição de origem; -Histórico Escolar atualizado; -Conteúdo Programático de todas as disciplinas aprovadas no histórico escolar e cópia do RG e CPF, estando ciente e de acordo com os termos constantes no item 4.2.3 do Edital de Transferência Externa para o curso de Medicina do Centro Universitário de Votuporanga.

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Assinatura do Candidato \_\_\_\_\_