ATENÇÃO: É obrigatório o preenchimento de todos os campos.

PÓS GRADUAÇÃO Pesquisa e Extensão BAHIANA
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

F I C H A D E I N S C R I Ç Ã O D A S E L E Ç Ã O D O P R O G R A M A D E E D U C A Ç Ã O T U T O R I A L

P R E E N C H E R E M L E T R A D E F Ô R M A

NOME:	

ENDEREÇO COMPLETO:

TELEFONES: CELULAR ( )	**RESIDENCIAL** ( )

E-MAIL:	

CURSO:	**SEMESTRE** **( ) SEGUNDO ( ) TERCEIRO ( ) QUARTO**

-

CPF: _____._____._____.____	**RG: _____ORG. EMISSOR _____ UF_____**

VOCÊ TEM DISPONIBILIDADE PARA DEDICAR – SE 20 HORAS SEMANAIS AO PROGRAMA?

( ) SIM ( ) NÃO

VOCÊ FOI REPROVADO EM ALGUMA DISCIPLINA CURSADA ATÉ O MOMENTO NO CURSO?

( ) SIM ( ) NÃO

SEU COEFICIENTE DE RENDIMENTO PRESENTE NO HISTÓRICO ESCOLAR É ≥ 6,0 (SEIS)?

( ) SIM ( ) NÃO

COMO OBTEVE CONHECIMENTO DA SELEÇÃO?

( ) SITE ( ) CARTAZ ( ) NEWS LETTER ( ) E-MAIL ( ) OUTROS _____

VOCÊ AUTORIZA RECEBER INFORMAÇÕES DA PÓS-/GRADUAÇÃO, PESQUISA E EXTENSÃO?

( ) SIM ( ) NÃO

Salvador, _____ de _____ de _____

Assinatura: _____