ATENÇÃO: É obrigatório o preenchimento de todos os campos.

Extensão BAHIANA
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

FICHA DE INSCRIÇÃO DA SELEÇÃO DO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO TUTORIAL

PREENCHER EM LETRA DE FÔRMA

NOME:

ENDEREÇO COMPLETO:

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

E-MAIL:

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

-

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: _____