

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

**Telefone: ( 48) 37216132 - e-mail :** ppgo@contato.ufsc.br

**FICHA DE INSCRIÇÃO PARA DISCIPLINA ISOLADA**

## Disciplinas:

*1ª Opção*

|  |  |
| --- | --- |
| *Código e nome da disciplina:* | **Deferimento do Professor**( ) SIM( ) NÃO*Rubrica:* |
| ***Professor:***  |
| *Justifique a solicitação:* |

*2ª Opção*

|  |  |
| --- | --- |
| *Código e nome da disciplina:* | **Deferimento do Professor**( ) SIM( ) NÃO*Rubrica:* |
| ***Professor:***  |
| *Justifique a solicitação:* |

## Identificação:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome:**  |  |
| **RG:**  | **CPF: Estado Civil:** |
| **Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_** | **Email**  |
| **Mãe:** | **Pai:**  |
| **Endereço Residencial: Rua: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nº: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Complemento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Bairro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Cidade: UF: CEP:**  |
| **Telefone fixo: ( )** | **Telefone celular: ( )** |

## Formação Acadêmica:

|  |
| --- |
| **Titulação Máxima: ( ) Graduação ( ) Especialização ( ) Mestrado ( ) Doutorado****Especifique:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Ano de Conclusão:\_\_/\_\_/\_\_\_\_** | **Instituição da titulação máxima:****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Matriculado em curso de Pós Graduação da UFSC: ( ) Sim ( ) Não** | **Se sim informe o curso e a instituição:** |

**REGRAS E OBSERVAÇÕES**:

1. Declaro que estou ciente e de acordo que esta inscrição não se constitui em direito para ingressar no Curso;
2. O aproveitamento dos créditos desta matricula em caso de aprovação como aluno regular está condicionado ao Regimento do Programa vigente a época;
3. A inscrição do aluno especial está condicionada a aceitação do Professor responsável pela disciplina.

**ATENÇÃO:**

1. Anexar Cópia de RG e CPF
2. Diploma(s) da(s) formação informada(s)
3. Histórico Acadêmico de toda(s) formação(ões) – onde apareçam as disciplinas cursadas anteriormente.
4. Atestado de matrícula (Alunos regulares de Pós-Graduação da UFSC)

Em......../............../............. Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_