

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE**

**COMUNICADO**

**EDITAL Nº 29/2017 - CPG-PROPEP/UFAL**

A Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde comunica a alteração na data de matrícula dos candidatos aprovados e classificados, dentro do número de vagas, no processo seletivo para o curso de Mestrado Profissional em Ensino na Saúde (MPES) de que trata o Edital nº 29/2017 – CPG-PROPEP/UFAL.

Os candidatos aprovados e classificados dentro do número de vagas devem efetuar a matrícula nos dias **08 e 09 de fevereiro de 2018, das 8h às 11h30min e das 13h às 16h**, na coordenação do MPES na sala do Núcleo de Educação Médica (NEMED), com o **Formulário de Matrícula** que segue anexo devidamente **preenchido**. O Formulário de Matrícula se encontra disponível na página da FAMED através do link: [http://www.ufal.edu.br/unidadeacademica/famed/pos-graduacao/ensino-na-saude/docu mentos/formularios](http://www.ufal.edu.br/unidadeacademica/famed/pos-graduacao/ensino-na-saude/docu%20mentos/formularios).

Informamos ainda que serão chamados 20 (vinte) candidatos da demanda 2, conforme: Art.11, § 7º do Edital 29/2017-PROPEP. Caso o número de aprovados em uma demanda seja menor do que o número de vagas indicada no Quadro 2, as vagas ociosas serão remanejadas para a demanda 2.

Maceió, 01 de fevereiro de 2018.



**Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde**

**da Faculdade de Medicina (FAMED)**

**FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO DE MATRÍCULA**

|  |
| --- |
| **PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**( ) MESTRADO PROFISSIONAL ( ) MESTRADO ACADÊMICO ( ) DOUTORADO |
| ANO-SEMESTRE INICIAL: \_\_\_\_\_.\_\_ MÊS/ANO DE ENTRADA (INÍCIO DAS AULAS): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **DADOS PESSOAIS** |
| CPF: | SEXO: M ( ) F ( ) | DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ | ESTADO CIVIL: |
| NOME SOCIAL: |
| NOME OFICIAL:  |
| RAÇA: | E-MAIL: |
| NOME DA MÃE: | NOME DO PAI: |
| TIPO SANGUÍNEO: | FATOR RH: |
| **FORMAÇÃO ACADÊMICA**Curso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Instituição que concluiu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ano de Conclusão:\_\_\_\_\_\_ |
| **NATURALIDADE** |
| PAÍS: | UF: | MUNICÍPIO: | NACIONALIDADE: |
| **DOCUMENTAÇÃO** |
| RG:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_UF:\_\_\_\_ORGÃO EXP:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DATA DE EXP: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ | TÍTULO DE ELEITOR:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ZONA: \_\_\_\_\_\_ SEÇÃO:\_\_\_\_\_\_\_\_ UF:\_\_\_\_ | CERTIFICADO MILITAR:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_SÉRIE\_\_\_\_CATEGORIA\_\_\_\_\_ ÓRGÃO\_\_\_\_\_\_ DATA DE EXP: \_\_/\_\_/\_\_\_ |
| PASSAPORTE: | RNE(Registro Nacional de Estrangeiros): |
| **INFORMAÇÕES PARA CONTATO** |
| ENDEREÇO: |
| CEP: | BAIRRO: |
| CIDADE: | ESTADO: |
| TELEFONES: | DEFICIÊNCIA: SIM ( ) NÃO ( ) CASO SIM ESPECIFICAR: |
| **CHECK LIST DOS DOCUMENTOS ENTREGUES PARA MATRÍCULA****- Cópias legíveis autenticadas:**( ) Carteira de identidade ( ) CPF ( ) Comprovante de residência ( ) Histórico Escolar da Graduação ( ) Diploma (frente e verso) ou Certidão de Conclusão de Curso de Graduação (validade de 6 meses)( ) Comprovante das obrigações militares para homens ( ) Título de eleitor e comprovante de quitação*Obs.: A documentação será analisada pela PROPEP e se houver pendências o aluno poderá não ser matriculado.* |
| Maceió, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura do Aluno Coordenador (a) do Curso*Obs.: Declaro que são autênticos os documentos apresentados, e verdadeiras as informações prestadas, no processo de matrícula deste curso, responsabilizando-me pelas mesmas.* |
| **COMPROVANTE DE ENTREGA DE DOCUMENTAÇÃO** (Obs.: Destacar para entregar ao aluno)Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, realizei a entrega no dia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dos documentos exigidos para o Curso de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Assinatura/Carimbo do responsável pelo recebimento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |