FACULDADE SANTA EMÍLIA DE RODAT

Mantida pela Escola de Enfermagem Santa Emília de Rodat

Processo Seletivo para Transferidos Graduados

Requerimento de Inscrição

Nome do (a) Candidato (a),

Data de nascimento **Nº identidade e Orgão expedidor / UF** **CPF**

Endereço para entrega de correspondência (Rua, Av., Número / apto, etc).

Bairro **Cidade** **UF** **CEP**

DDD **Telefones** **E-MAIL**

(RESIDENCIAL) (CELULAR)

E-mail **(PARA UM CONTATO IMEDIATO)**

Nome do Pai

Nome da Mãe

NOME DA INSTITUIÇÃO DE ORÍGEM	
NOME DO CURSO DE ORÍGEM	
CURSO E TURNO QUE DESEJA INGRESSAR	

Vem requerer a sua inscrição no **PROCESSO SELETIVO PARA TRANSFERIDOS E GRADUADOS, PARA O CURSO ACIMA POR MIM AQUI ESCOLHIDO E REGISTRADO NESTA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR, DECLARANDO** que conhece e aceita todas as normas vigentes para o concurso contidas na **Resolução e Edital CONSU-FASER**, publicados no site **www.faser.edu.br**, das quais está ciente e concorda com todos os seus termos, nada tendo a objetar à sua aplicação.

Declara também estar ciente de que, caso não consiga apresentar durante a MATRÍCULA, a partir da divulgação do deferimento do seu requerimento, os documentos exigidos para a Matrícula contidos no Edital e na Resolução correspondente, divulgados no site da FASER, perderá a vaga automaticamente, sem direito a qualquer reclamação ou recurso, bem como o ressarcimento de qualquer quantia paga.

João Pessoa, ____ / ____ / ____.

_____

Assinatura do Candidato

FASER-COVESE /2009

FACULDADE SANTA EMÍLIA DE RODAT
PROCESSO SELETIVO PARA TRANSFERIDOS E GRADUADOS
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

DATA _____/_____/_____	INSCRIÇÃO PARA O CURSO DE	
Nome do Candidato		
		Assinatura do funcionário

*PERÍODO DE **MATRÍCULA** – DISPONÍVEL NO SITE DA FASER*