

**CIRCULAR PARA SELEÇÃO DE ESTUDANTES DOS CURSOS DA SAÚDE
FUNORTE / FASI - Nº. 3/2018**

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO – ANEXO I

Eu, _____, venho requerer minha inscrição na **Seleção de Estudantes do Curso de _____ para desenvolver atividades extracurriculares no Hospital das Clínicas Doutor Mario Ribeiro da Silveira** no período de até 20 dias entre 09 de Julho de 2018 a 28 de Julho de 2018. Declaro aceitar e cumprir integralmente todas as disposições deste edital de seleção.

Curso de graduação: _____ () FUNORTE/JK Período (1º 2018): _____
() FASI

Vaga Pretendida:

<input type="checkbox"/> Clínica Médica	<input type="checkbox"/> Maternidade
<input type="checkbox"/> Clínica Cirúrgica	<input type="checkbox"/> Acolhimento / Recepção
<input type="checkbox"/> Bloco Cirúrgico	<input type="checkbox"/> Farmácia Central/Satélite
<input type="checkbox"/> Maternidade / Bloco Obstétrico	<input type="checkbox"/> Fisioterapia
<input type="checkbox"/> Pediatria	<input type="checkbox"/> Nutrição
<input type="checkbox"/> Gestão	

Mês e ano de início da graduação: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / _____ Estado Civil: _____

Nome do Cônjuge (se houver): _____

Endereço: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Telefone: _____ Celular: _____

E-mail: _____

Para a efetivação da inscrição, apresento os seguintes documentos (Sim ou Não):

- Requerimento de inscrição (**Anexo I**) devidamente preenchido;
- Avaliação curricular padronizada (**Anexo II**) devidamente preenchida;
- Comprovantes para a avaliação curricular padronizada (numerar as páginas);
- Cópia do histórico escolar do curso de graduação até o último período cursado;
- Cópia da cédula de identidade;

E, para constar, lavra-se o presente requerimento.

Montes Claros – MG, ____ de _____ de 2018.

Assinatura do(a) Candidato(a)