|  |
| --- |
| **FICHA DE MATRÍCULA 2020** Prática Profissionalizante em Implante Coclear e Próteses Auditivas Implantáveis – HRAC-USP Período: março de 2020 a fevereiro de 2021 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO** | | | | | | | | | | | | | | |
| *Espaço para*  *foto 3x4* | Nome | | | | | | | | | | | | | |
| Sexo | | | CPF | | | | | | | Data de nascimento | | Estado civil | |
| Grupo sanguíneo | | | Cor / Origem étnica | | | | | | | Naturalidade (Cidade-UF) | | | |
| Nacionalidade (País) | | | | Nº RG / Órgão expedidor-UF | | | | | | | | | Data de emissão | |
| Título de Eleitor / Zona / Seção | | | | | Data de emissão | | | | Comprovante quitação militar / Órgão expedidor | | | | | |
| Nome da mãe | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome do pai | | | | | | | | | | | | | | |
| Endereço residencial | | | | | | | | | | | | Bairro | | |
| Cidade | | | | | | UF | CEP | | | | | País | | |
| Telefone / Celular (1) | | Telefone / Celular (2) | | | | | | E-mail | | | | | | |
| FORMAÇÃO ACADÊMICA | | | | | | | | | | | | | | |
| Instituição de graduação em Medicina | | | | | | | | | | Cidade-UF | | | | Ano conclusão |
| Instituição de conclusão da Residência Médica em ORL | | | | | | | | | | Cidade-UF | | | | Ano conclusão |
| DADOS PROFISSIONAIS | | | | | | | | | | | | | | |
| Conselho de classe / UF  **CRM/** | | | Número de registro no Conselho | | | | | | | | | Data de expedição | | |

*Estou ciente de que é meu dever, enquanto aluno regularmente matriculado no curso acima, manter meus dados cadastrais sempre atualizados junto à Seção de Apoio Acadêmico do HRAC-USP.*

|  |  |
| --- | --- |
| Bauru,  de **fevereiro** de **2020**. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do aluno |