



Requerimento de Matrícula

IDENTIFICAÇÃO DA AÇÃO EDUCACIONAL

Nome do curso: _____

Município de realização do curso: _____

IDENTIFICAÇÃO DA(O) ALUNA(O)

CPF: _____ Nome: _____

E-MAIL: _____ Nome social: _____

Data de Nascimento: ___/___/___ Identidade n°: _____ Órgão Expedidor: _____ UF: _____

Telefone: () _____ Celular: () _____ Gênero/Sexo: _____

DADOS ESCOLARES E PROFISSIONAIS

Escolaridade: _____

(ex: Ensino Fundamental completo, ensino médio incompleto, curso técnico, graduação incompleta, pós graduação completa e etc)

Curso/ Área de formação: _____

(ex: Técnico em Patologia, Psicologia, Enfermagem, Mestrado em Direito Sanitário, etc.)

Local onde trabalha: _____ Setor: _____

Cargo/Função: _____

Endereço do local de trabalho: Rua/Logradouro: _____

_____, n°: _____ Complemento: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ UF: _____

Termo de consentimento - Dados pessoais:

AUTORIZO, nos termos dos artigos 4º, 7º e 13 da Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, que a Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais – ESP-MG utilize os dados pessoais fornecidos acima para fins de gestão, escrituração e controle acadêmicos.

Assinatura da(o) aluna(o) Data: ___/___/___

PARA PREENCHIMENTO DA SECRETARIA DE GESTÃO ACADÊMICA ATOS LEGAIS - CURSOS DA EDUCAÇÃO TÉCNICA

PORTARIA SEE-MG: _____ PARECER CEE-MG: _____

Secretária de Gestão Acadêmica da ESP-MG

Diretora Geral da ESP-MG