

REQUERIMENTO DE TRANSFERÊNCIA PARA CURSO DE MEDICINA – 2017/2

DADOS DO CANDIDATO

Nome Completo: _____

Período pretendido: _____

Data de Nascimento

Sexo

CPF: _____

RG: _____

_____/_____/_____

() F () M

Endereço - Logradouro: _____

nº: _____

complemento: _____

Bairro: _____

Cidade: _____

UF: _____

CEP: _____

Telefone Fixo: _____

Celular: _____

Email: _____

() _____

() _____

ORIGEM DO CANDIDATO

Instituição de origem: _____

Último período cursado _____

Forma de ingresso na Instituição de Origem:

() Vestibular () Obtenção de novo título () Transferência externa () Transferência interna () Outro: _____

Situação acadêmica no curso de origem:

Bolsista ProUni?

() Cursando () Trancado () Desistente () Outro: _____ () Não () Sim, bolsa de _____%

Assinatura do requerente: _____

Local e data: _____, ____/____/____

USO EXCLUSIVO DA SECRETARIA FAMINAS-BH

Documentos entregues:

() **Comprovante de pagamento** da taxa de inscrição (valor R\$500)

() **Histórico Escolar** atualizado do requerente, fornecido pela IES de origem, emitido nos últimos três meses

() Cópia da **Carteira de identidade**

() Cópias dos **planos de ensino** das disciplinas cursadas na instituição de origem e com aprovação

USO EXCLUSIVO DA COORDENAÇÃO DE CURSO

() Processo deferido

Assinatura do coordenador: _____

Data: _____

() Processo indeferido

_____/_____/_____