|  |
| --- |
| IMPORTANTEObrigatório preenchimento das duas páginas e, cópia RG/RNE e do Cartão de Vacinação contra a Covid-19.Disciplinas oferecidas em trimestres diferentes devem ser solicitadas em formulários distintos.A entrega deste formulário não implica na efetivação da matrícula, esta dependerá da análise das informações recebidas e da disponibilidade de vagas. |

Ano: 20   Trimestre: [ ]  1º [ ]  2º [ ]  3º

|  |
| --- |
| Número USP:       |
| Nome Completo (sem abreviações):      |
| E-mail (obrigatório):      |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Sigla**  | Nome da Disciplina |
| 1 |       |       |
| 2 |       |       |
| 3 |       |       |
| 4 |       |       |

|  |  |
| --- | --- |
| São Paulo,       | Assinatura do Aluno |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO SOMENTE PARA INSCRIÇÕES FORA DO PRAZO****Justificativa do não atendimento ao prazo estipulado e da necessidade da inscrição neste trimestre:**

|  |
| --- |
|       |

**Autorização do(s) Docente(s) da(s) Disciplina(s):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Nome(s) do(s) Docente(s) | Assinatura(s) do(s) Docente(s) da(s) Disciplina(s) |
| 1 | Prof(a). Dr.(a).       |  |
| 2 | Prof(a). Dr.(a).       |  |
| 3 | Prof(a). Dr.(a).       |  |
| 4 | Prof(a). Dr.(a).       |  |

 |

**PREENCHIMENTO OBRIGATÒRIO, MESMO NÃO HAVENDO ALTERAÇÕES NAS INFORMAÇÕES.**

**Dados Pessoais:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome do aluno (sem abreviações)      | Data de Nascimento      |
| Nome do Pai      | Nome da Mãe      |
| Cidade de Nascimento      | Estado de Nascimento      | País de Nascimento      |
| Nacionalidade      | Sexo[ ]  Masculino [ ]  Feminino |
| Endereço do Aluno      | Número      |
| Complemento      | Bairro      |
| Cidade      | CEP      | Telefone      |
| E-mail      | Celular      |
| **Documento de Identificação:** |
| Tipo [ ]  RG [ ]  RG-Militar [ ]  RNE | Número      | Data de emissão      |
| Entidade Emissora      | Estado ou País de emissão      | Número do CPF      |
| **Dados Acadêmicos:** |
| Instituição do Curso de Graduação      |
| Local      |
| Título      | Dia/Mês/Ano do título      |
|  |
| Instituição do Curso de Mestrado      |
| Local      |
| Título      | Dia/Mês/Ano do título      |

**Termo de Compromisso:**

|  |
| --- |
| Declaro para os devidos fins que as informações contidas neste formulário são verdadeiras e autênticas.Fico ciente, que a falsidade das informações pode acarretar no cancelamento da matrícula e na perda dos créditos obtidos.São Paulo,       \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura do Aluno  |