|  |
| --- |
| IMPORTANTE  Obrigatório 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 |