



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ACRE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE NA AMAZÔNIA OCIDENTAL



EDITAL PROPEG Nº 01/2020

COMUNICADO

Em razão da pandemia do novo coronavírus (SARS-CoV-2), comunicamos que:

- Em relação a **MATRÍCULA INSTITUCIONAL**:
Essa deveria ser realizada presencialmente no **NURCA** nos dias 01 e 02 de abril de 2020. No entanto, comunicamos que ela irá acontecer de forma **AUTOMÁTICA (vide adendo da própria PROPEG)**, isto é, os candidatos **APROVADOS**, dentro do número de vaga, **NÃO** precisarão se dirigirem ao **NURCA** na data informada. Quando as atividades na Ufac voltarem a normalidade, tais candidatos **DEVERÃO** levar a documentação solicitada no edital Propeg nº 01/2020, para conferência por aquele setor (**NURCA**);
- Em relação a **MATRÍCULA CURRICULAR**
Essa também seria realizada presencialmente na **secretaria do MECS**, nos dias 01 e 02 de abril de 2020. No entanto, comunicamos que **NÃO** precisarão na data informada se dirigir a referida secretaria. O secretário do curso, irá realizar a matrícula de forma on line (via e-mail). Os **CANDIDATOS APROVADOS (16 ao todo)**, dentro do número de vaga, **DEVEM** enviarem a documentação[#] solicitada no edital Propeg nº 01/2020, assinados e em PDF, para o e-mail: mecs.ufac@gmail.com. Além dessa documentação, como o NURCA está fechado para atendimento presencial, **DEVEM** preencher o formulário de cadastro* e no encaminhar junto com os outros.

***Documentos necessários**: Anexos II e III ou IV do Edital PROPEG/PPG-MECS Nº 01/2020 e o formulário de cadastro de discente.

Rio Branco-AC, 31 de março de 2020.

À COMISSÃO DE SELEÇÃO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE NA AMZÔNIA OCIDENTAL

CADASTRO DE DISCENTE

1. Nº DE MATRÍCULA INSTITUCIONAL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. DADOS CADASTRAIS

NOME DO ALUNO	
----------------------	--

DATA DE NASCIMENTO	ESTADO CIVIL	SEXO	NACIONALIDADE	TIPO DE ALUNO	SEM/ANO DE INGRESSO
		[] M [] F		[] Especial	

NOME DO PAI	
NOME DA MÃE	

TÍTULO DE ELEITOR Nº	ZONA	CARTEIRA DE IDENTIDADE Nº	ÓRGÃO EXP.	DATA EXP.

RAÇA/COR	PESSOA COM DEFICIÊNCIA (SIM OU NÃO)

CERTIFICADO MILITAR (SEXO MASCULINO)	ÓRGÃO EXPEDIDOR	DATA

DADOS BANCÁRIOS			
BANCO:	AGÊNCIA:	C/C:	CPF:

3. ENDEREÇO RESIDENCIAL

RUA:	Nº	
BAIRRO:	CIDADE:	
CEP:	TELEFONE FIXO:	CELULAR (Dê preferência ao do WhatsApp):
E-MAIL:		

4. ENDEREÇO PROFISSIONAL

LOCAL DE TRABALHO:	CARGO:	
RUA:	Nº	BAIRRO:
TELEFONE:	FAX:	
CEP:	CIDADE:	ESTADO

5. CURSO DE GRADUAÇÃO

CURSO DE GRADUAÇÃO	IES	SIGLA	ANO INÍCIO	ANO CONCLUSÃO

Data: ___/___/___

Assinatura Aluno: _____