

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE**

**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

**PÓS-GRADUAÇÃO *LATO SENSU* EM APRIMORAMENTO EM PRÁTICAS HOSPITALARES E MEDICINA VETERINÁRIA PREVENTIVA**

**EDITAL PROPEG Nº 46/2023-A: ANEXO II**

**REQUERIMENTO DE MATRÍCULA CURRICULAR**

**(preencher digitalmente)**

**Nome do(a) candidato(a)**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tipo sanguíneo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PIS/PASEP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Banco: \_\_\_\_\_\_\_ Agência: \_\_\_\_\_\_\_\_ Conta corrente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vem requerer Matrícula Curricular no **Programa de Aprimoramento em Práticas Hospitalares e Medicina Veterinária Preventiva – Turma 2024**. Para tanto, anexa a documentação solicitada:

**( )** Cópia do diploma de graduação em Medicina Veterinária, registrado pelo MEC;

**( )** Cópia de CPF e RG;

**( )** Cópia do Registro no Conselho Regional de Medicina Veterinária (CRMV-AC) ou do protocolo de solicitação de registro profissional emitida pelo CRMV-AC;

**( )** Cópia do comprovante de residência ou Declaração de Endereço;

**( )** Cópia do PIS/PASEP (quem possuir);

**( )** Declaração do candidato de que não possui vínculo empregatício (Anexo III);

**( )** Termo de Compromisso (Anexo IV);

**( )** Cópia de dados bancários (extrato ou cartão do banco que constem: banco, agência e conta corrente) para recebimento da bolsa de estudos.

Estando ciente das normas deste Programa, assina o presente requerimento.

Rio Branco/Acre, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2024.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) Aprimorando(a)

**EDITAL PROPEG 46/2023-A: ANEXO III**

**DECLARAÇÃO DE QUE NÃO POSSUI VÍNCULO EMPREGATÍCIO**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro para os devidos fins, de acordo como que rege as normas do Programa de Aprimoramento em Práticas Hospitalares e Medicina Veterinária Preventiva, que não possuo vínculo empregatício, estando, portanto, liberado(a)em, tempo integral, para as atividades que o curso requer.

Declaro que as informações contidas neste documento são verdadeiras e que o compromisso firmado neste documento será cumprido.

Rio Branco/Acre, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2024.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) Aprimorando(a)

**EDITAL PROPEG Nº 46/2023-A: ANEXO IV**

**TERMO DE COMPROMISSO**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, tendo conhecimento que o Programa de Aprimoramento em Práticas Hospitalares e Medicina Veterinária Preventiva da Universidade Federal do Acre, exige dedicação exclusiva e o cumprimento de até 40 (quarenta) horas semanais, comprometo-me em me dedicar, em tempo integral, ao Programa.

Declaro que o compromisso firmado neste documento será cumprido.

Rio Branco/Acre, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2024.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do(a)Aprimorando(a)