**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ**Logotipo, nome da empresa

Descrição gerada automaticamenteLogotipo, nome da empresa

Descrição gerada automaticamente

**INSTITUTO DE MEDICINA VETERINÁRIA**

**HOSPITAL VETERINÁRIO UNIVERSITÁRIO**

**FICHA DE INSCRIÇÃO PARA TREINAMENTO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome Completo (Legível): | | |
| Endereço: | | |
| Bairro: | CPF: | RG: |
| Data de Nascimento: | Estado Civil: ☐Solteiro(a) ☐Casado(a) ☐ Viúvo(a) | |
| Curso: Medicina Veterinária | Matrícula: | Semestre: |
| Telefone: ( ) | Celular: ( ) | Celular: ( ) |
| E-mail: | | |
| Universidade de Origem: Universidade Federal do Pará | | |
| Local do Treinamento: | | |
| Área do Treinamento: | | |
| Supervisor (a definir após a seleção): | | |
| Período do Treinamento: | | |
| Possui vínculo em atividade remunerada (bolsa PIBIC, PIBEX, etc)? ( ) sim ( ) não  Se sim, especifique: Orientador:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Carga horária semanal disponível para treinamento (mínimo de 8h/semanais):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| O ESO será realizado durante o treinamento? ( ) Sim ( ) Não | | |

Em, \_ / /

Assinatura do(a) discente