



Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

Anexo I - FICHA DE INSCRIÇÃO - PROCESSO SELETIVO: Programa de Formação de Professores

NOME:		NACIONALIDADE:	
ENDEREÇO:		Nº	APTº
BAIRRO:	CIDADE:	ESTADO:	CEP:
FONE RESIDENCIAL:	FONE RECADO/NOME	FONE CELULAR:	
E-MAIL:			
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:	SEXO:	ESTADO CIVIL: Nº DEPENDENTES:
RG Nº:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	ESTADO:	DT. EXPEDIÇÃO: CPF / CIC:
TÍTULO DE ELEITOR: Nº	SEÇÃO	ZONA	RESERVISTA / RA: DT. EXPEDIÇÃO:
ESTOU EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES RESULTANTES DA:		PORTADOR DE DEFICIÊNCIA:	
LEGISLAÇÃO ELEITORAL: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO E SERVIÇO MILITAR <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
NOME DA MÃE:			
UNIDADE DE ORIGEM	ANO DE INGRESSO	PROGRAMA	BOLSISTA? QUAL AGÊNCIA?

"Declaro verdadeiras as informações aqui prestadas e estou ciente que qualquer falsa alegação ou omissão de informações, conforme disposto em Edital, implicará em minha exclusão do processo seletivo, sujeitando-me, ainda, às penas da lei. Declaro conhecer e estar de acordo com as exigências contidas em Edital, especialmente, em caso de convocação para contratação, com a apresentação da documentação pessoal completa no prazo de 5 (cinco) dias úteis contados da publicação do Edital de Convocação, sob pena de ser considerado(a) desistente do processo seletivo."

_____, _____ de _____ de _____.
Nome da Cidade

Assinatura do Candidato



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO - Programa de Formação de Professores

NOME: _____

Trazer no dia da prova: caneta (azul ou preta), documento de identidade com foto e este comprovante