

ESTÁGIO INSTITUCIONAL

DEVERÁ SER ENCAMINHADO EM ANEXO PARA O PROFESSOR RESPONSÁVEL COM CÓPIA PARA

O E-MAIL: secproacad@metodistademinas.edu.br

| | | | |
|-------------------------|--|-------------|--|
| Curso | | Disciplina: | |
| Aluno | | | |
| Matrícula | | Período | |
| Telefone fixo e celular | | E-mail: | |
| Professor Responsável | | | |

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO

DOS CRITÉRIOS PARA SELEÇÃO - PRÉ-REQUISITOS GERAIS:

- SER ESTUDANTE REGULARMENTE MATRICULADO E ADIMPLENTE DO CENTRO UNIVERSITÁRIO METODISTA IZABELA HENDRIX;
- QUE SATISFAÇA AOS PRÉ-REQUISITOS ESPECÍFICOS SOLICITADOS NO ESTAGIO A QUE SE CANDIDATA;

DA INSCRIÇÃO PARA A SELEÇÃO DO/A ALUNO/A:

- AS **INSCRIÇÕES** OCORRERÃO DIRETAMENTE COM O PROFESSOR (A) SOLICITANTE DO(A) ESTAGIARIO(A) ATRAVÉS DE E-MAIL E FORMULÁRIO QUE CONSTA NO EDITAL.
- É DE RESPONSABILIDADE DO(A) ALUNO(A), A INSCRIÇÃO E A CONFIRMAÇÃO DA MESMA JUNTO AO PROFESSOR(A) RESPONSÁVEL.
- ESTE FORMULÁRIO DEVERÁ SER ENCAMINHADO EM ANEXO PARA O PROFESSOR RESPONSÁVEL COM CÓPIA PARA O E-MAIL: secproacad@metodistademinas.edu.br

| | | | | |
|---------------------|--------------------------|-----------------|---------------------|--|
| ESTUDANTE | 1. Nome: | | | |
| | 2. Filiação: | | | |
| | Pai: | | | |
| | Mãe: | | | |
| | 3. Data de Nasc.: | RG: | Expedida por | |
| | 4. CPF: | E-mail: | | |
| 5. Endereço: | | Fone: | | |
| | | Celular: | | |
| 6. Bairro: | Cidade: | UF: | CEP: | |

Eu _____, atesto que estou ciente das normas para participação do processo seletivo de ESTAGIO.

Assinatura do Participante

Secretária da Pró-reitoria Acadêmica