



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE
NÚCLEO DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO
Coordenadoria de Admissão e Matrícula
REQUERIMENTO DE MATRÍCULA INSTITUCIONAL

ANO: _____
SEMESTRE: _____

1. INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME:			
Endereço (Rua/Número):			
Bairro:	Telefone:		
CEP:	Cidade:	Estado/UF:	
E-mail:		Sexo	Estado Civil
Pai:			
Mãe:			
Data de Nascimento:	Nacionalidade:	Cidade (naturalidade/aluno):	Estado/UF:

2. DOCUMENTOS

Carteira de Identidade (RG):	Órgão Expedidor / UF	Data de Expedição	
Título de Eleitor:	Zona:	Seção:	C.P.F:
Documento Militar	Órgão Expedidor:		

3. CONCLUSÃO DA GRADUAÇÃO

Ano Conclusão:	Nome do Curso
Instituição:	

Venho requerer Matrícula Institucional no **Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica** (Turma 2021). Para tanto, anexo a documentação solicitada (para checklist):

- () Diploma de conclusão de curso de nível superior de duração plena, na área específica de Enfermagem, reconhecido pelo MEC, ou certidão comprobatória de conclusão do Curso;
- () Documento de identificação oficial com foto;
- () Cadastro de Pessoa Física – CPF;
- () Título de eleitor;
- () Comprovante de participação ou justificativa de votação referente ao último processo eleitoral ou Certidão de Quitação Eleitoral, emitida pela Justiça Eleitoral;
- () Comprovante de regularidade com o Serviço Militar (para candidatos do sexo masculino);
- () Comprovante de residência atual ou Declaração de Endereço;

Ciente das normas deste Curso, assino o presente requerimento.

_____, ____ de _____ de 2021.

Assinatura do(a) Candidato(a)