**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

**FACULDADE DE ZOOTECNIA E ENGENHARIA DE ALIMENTOS**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA VETERINÁRIA**

**PRÁTICAS PROFISSIONALIZANTES EM MEDICINA VETERINÁRIA**

# FICHA DE INSCRIÇÃO

 **DADOS DO CANDIDATO:**

|  |
| --- |
| NOME COMPLETO: |
| SEXO: ESTADO CIVIL: DATA DE NASCIMENTO: / / |
| RG: CPF: |
| NATURALIDADE: NACIONALIDADE: |
| POSSUI DEFICIÊNCIA? ( ) SIM ( ) NÃO |
| TIPO DE DEFICIÊNCIA: |
| Especificar o tipo de necessidade para realização da prova: |
| ENDEREÇO:  | No.  |
| COMPLEMENTO:  | CEP: | CIDADE: |
| UF: | FONE RES.: ( ) | CELULAR: ( ) |
| E-MAIL:  |  |

**FORMAÇÃO ACADÊMICA – Curso de Medicina Veterinária:**

GRADUADO ( ) ANO DE CONCLUSÃO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CRMV/\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

GRADUANDO ( ) PREVISÃO DA COLAÇÃO DE GRAU: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

INSTITUIÇÃO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ÁREA DE ESCOLHA DA PRÁTICA PROFISSIONALIZANTE:**

**Escolha apenas uma das seguintes áreas:**

 ( ) ANESTESIOLOGIA

 ( ) CLÍNICA CIRÚRGICA DE CÃES E GATOS

 ( ) CLÍNICA MÉDICA DE CÃES E GATOS

 ( ) DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

Declaro que as informações acima prestadas são verídicas e podem ser comprovadas.

Pirassununga, \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 20\_\_.

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

**Assinatura do candidato**