**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**