

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO PROFISSIONAL EM DIREITOS HUMANOS

Avenida Edmundo Gaievski, 1000, Bairro Universitário, Realeza-PR, CEP 85.770-000, (46) 3543-8309

[**sec.ppgdh@uffs.edu.br**](mailto:sec.ppgctal@uffs.edu.br)**,** [**www.uffs.edu.br**](http://www.uffs.edu.br/)

**FORMULÁRIO PARA MATRÍCULA – DISCIPLINA ISOLADA**

**Identificação** (todos os campos são de preenchimento obrigatório)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| CPF: | | |
| Nome Civil: | | Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino |
| Nome Social (opcional): | | |
| Nome da Mãe: | | |
| Nome do Pai: | | |
| Data de Nascimento: | | Estado Civil: |
| Tipo Sanguíneo: | | |
| Cor/Origem Étnica: ( ) Branca ( ) Preta ( ) Amarela ( ) Parda ( ) Indígena ( ) Não Declarada | | |
| Nacionalidade: ( ) Brasileiro Nato ( ) Naturalizado Brasileiro ( ) Equiparado a Brasileiro ( ) Estrangeiro | | |
| País de Origem: | UF Nascimento: | |
| Município Nascimento: | | |
| Necessidade Especial: ( ) Não ( ) Sim – Qual? | | |

**Documento** (todos os campos são de preenchimento obrigatório)

|  |
| --- |
| RG: |
| Órgão Expedidor: |
| Data de Expedição: |
| UF Expedição: |

**Endereço**

|  |
| --- |
| País: |
| UF: |
| Município: |
| Bairro: |
| CEP: |
| Logradouro: |
| Número: |
| Complemento: |

**Contatos**

|  |  |
| --- | --- |
| DDD: | Telefone Fixo: |
| DDD: | Telefone Celular: |
| DDD: | Telefone Comercial: |
| *E-mail*: | |
| Contato Urgências (nome e telefone): | |

**Recebimento de Mensagens**

|  |
| --- |
| ( ) Autorizo o recebimento de mensagens eletrônicas sobre eventos e convites institucionais. |

**Formação**

|  |
| --- |
| Curso de Formação: |
| Diplomado ( ) sim ( ) não |
| UF Curso de Formação: |
| Município Curso de Formação: |
| Ano Início: |
| Ano colação de Grau: |

**Solicito Matrícula no Componente Curricular abaixo para o qual fui classificado no processo seletivo para admissão de alunos em disciplina isolada do Programa de Pós-Graduação Profissional em Direitos Humanos (PPGPDH).**

|  |  |
| --- | --- |
| **Componentes Curriculares** | **Créditos** |
|  |  |
|  |  |

( ) Declaro que as informações prestadas neste formulário são de minha inteira responsabilidade.

Data: \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

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

Assinatura do Aluno