Escola Técnica de Enfermagem

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO

foto 3x4

Etiqueta com nº da inscrição

Preencher as informações abaixo com letra de forma, deixando espaço em branco entre os nomes

Nome do candidato

Documento de identidade
Número UF

Sexo
Masculino
Feminino

Nascimento
Dia Mês Ano

CPF

Endereço

Endereço (cont.) Número

Bairro Cidade Estado

CEP DDD Telefone Fixo E-mail

DDD Telefone Celular

Requerimento da Inscrição

Venho requerer a minha inscrição no Processo Seletivo da Escola Técnica de Enfermagem da Fundação Centro Médico de Campinas, declarando estar ciente das normas que o regem, constantes no Manual do Candidato, com as quais estou de pleno acordo, assumindo total responsabilidade pelas informações aqui prestadas.

Campinas, ___ de _____ de .

_____

Assinatura do candidato