CURSO DE ATUALIZAÇÃO EM IMUNOLÓGICOS - VACINA, IMUNOGLOBULINA E SOROTERAPIA PARA PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE – 2016

MATRICULA

Período: 28 de abril a 06 de maio 2016

Valor: R$ 153,60

Para que sua matricula seja confirmada é necessário a **entrega dos documentos** abaixo, na Secretaria Acadêmica do INI, **dentro do prazo estabelecido**.

- Formulário de matrícula (em anexo);
- O comprovante de pagamento do boleto bancário referente à taxa de matricula.

BOLETO BANCÁRIO

Observação: É necessário copiar o endereço eletrônico e colar na barra de endereço da internet

http://portal.fiotec.org.br/pagamentos/Pagamento.aspx?idc=10000121

OBSERVAÇÕES:

ESTARÃO ISENTOS DA TAXA DE MATRÍCULA OS CANDIDATOS COM OS SEGUINTES VÍNCULOS:

- Servidores da Fiocruz, Terceirizados CLT do INI e Bolsistas da Fiotec do INI;
- Alunos regularmente matriculados no **Programa de *Stricto Sensu* do INI.**

Em 26/04/2016.

Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas

INI
Instituto Nacional de Infectologia
Evandro Chagas

FORMULÁRIO DE MATRÍCULA

NOME DO CURSO			
DADOS PESSOAIS			
Nome:		**Sexo:** ( ) feminino ( ) masculino	
E-mail:			
Nome da Mãe:			
Nome do Pai:			
DADOS DO NASCIMENTO			
Cidade:		**UF:**	
País:		**Data:**	
DOCUMENTOS			
CPF ou Passaporte:	**Identidade:**	**Data de Expedição:**	**Órgão Expedidor:**
ENDEREÇO RESIDENCIAL			
Logradouro:		**(Número, Complemento)**	
Bairro:	**Cidade:**	**UF:**	
CEP:	**Tel. Residencial:**	**Celular:**	**Tel. Comercial:**
FORMAÇÃO DE GRADUAÇÃO			
Curso:			
Instituição		**Sigla**	**Ano de Conclusão:**
FORMAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO			
Curso: **( ) Doutorado ( ) Mestrado ( ) Especialização**			
Nome do curso:			
Instituição		**Sigla**	**Ano de Conclusão:**
DADOS PROFISSIONAIS			
Atividade:	**Ocupação:**		
Local de Trabalho:			**Sigla:**
Tipo de Vínculo: **( ) servidor ( ) CLT ( ) outro** _____		**Tempo de Empresa:**	

Atesto que todos os dados nesse formulário estão corretos.

Rio de Janeiro, _____de _____ de _____.

_____