DEPARTAMENTO DE FONOAUDIOLOGIA REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO

PROCESSO SELETIVO – PROFESSOR VOLUNTÁRIO

DADOS PESSOAIS

NOME: DATA DE NASCIMENTO: / /

IDADE: CPF:

CART. IDENT: ÓRGÃO EXP: U.F.

INSCRIÇÃO

ÁREA: SUBÁREA: DEPARTAMENTO: CENTRO:

ENDEREÇO PERMANENTE

RUA/N°: BAIRRO: COMPLEMENTO: TELEFONES: CIDADE: U.F.: CEP: E-MAIL:

TERMO DE COMPROMISSO

DECLARO ESTAR CIENTE E DE ACORDO COM TODAS AS NORMAS DO PROCESSO SELETIVO, CONFORME O EDITAL DE ABERTURA E AS RESOLUÇÃO 085A.2016 - Professor Voluntário CCS E RESOLUÇÃO N° 41/2011-CEPE/UFES, COMPROMETENDO-ME A COMPROVAR O ATENDIMENTO A TODOS OS REQUISITOS E CONDIÇÕES PARA CONTRATAÇÃO CONFORME ESTABELECIDO NO EDITAL Nº 26/2016-DGP, PUBLICADO NO DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO DE 13.06.2016, SEÇÃO 3.

Em de de \_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Assinatura