

**PROCESSO SELETIVO PARA INGRESSO NOS CURSOS DE GRADUAÇÃO DA ESCS, INTEGRADA À UnDF
SISU/MEC – EDIÇÃO DE 2024
ANEXO VI**



Governo do Distrito Federal
Universidade do Distrito Federal
Escola Superior de Ciências da Saúde
 Lei Complementar de Criação da UnDF nº 987, de 26/07/2021, DODF nº 140, de 27/07/2021.
 Decreto de Integração ESCS/UnDF nº 4332, de 16/05/2022 DODF nº 91 de 17/05/2022.
 Reconhecimento do Curso de Graduação em Enfermagem - Portaria-SEEDF nº 731 de 27/12/2021, DODF nº 243, de 29/12/2021 pág. 22.



REQUERIMENTO DE REGISTRO/MATRÍCULA

Curso:

Forma de Ingresso				Matrícula	
SISU <input type="checkbox"/> Sistema de Cotas Modalidade <input type="checkbox"/> Ampla Concorrência		Transferência <input type="checkbox"/> <i>EX Officio</i> <input type="checkbox"/> Facultativa			
Raça/Cor – Portaria Normativa nº 21, de 28/08/2013 <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Não declarada				Gênero <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Nome					
Naturalidade		Estado	Data de Nascimento		Nacionalidade
Endereço					CEP
Bairro		Cidade			Estado
Identidade		Órgão Expedidor	Estado	Data de Expedição	
CPF					
Título de Eleitor	Zona	Seção	Estado	Data de Expedição	Estado Civil
Reservista	Telefone Residencial		Telefone Celular		E-mail:

FORMAÇÃO ANTERIOR

Nome da Escola				<input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Particular	
País	Cidade		Estado	Ano de Conclusão	

FILIAÇÃO

Pai		Mãe			
Telefone		Telefone			
Profissão	Grau de Instrução		Profissão	Grau de Instrução	
Endereço do Responsável			Cidade	Estado	CEP

DOCUMENTOS ANEXADOS

Fotocópia Carteira de Identidade Histórico Escolar do Ensino Médio
 CPF Histórico Escolar do Ensino Fundamental ()
 Título de Eleitor Certificado de Reservista
 Certificação de Conclusão do Ensino Médio Três fotos 3X4 – escrever o nome no verso

A Secretária de Assuntos Acadêmicos,
 Venho requerer o registro e matrícula no Curso de Graduação em _____, ciente de que este será analisado e julgado posteriormente, comprometendo-me a observar as normas e disposições contidas no Regimento da Escola Superior de Ciências da Saúde.

Assumo total responsabilidade pela autenticidade dos documentos anexos, sabedor que a sua não autenticidade ou validade terá como consequência o indeferimento deste registro/matricula.

Brasília, _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) requerente/Representante Legal

Secretaria de Cursos	Secretaria de Assuntos Acadêmicos
_____/_____/_____ Data	<input type="checkbox"/> Defiro <input type="checkbox"/> Indefiro _____/_____/_____ Data
_____ Assinatura/Carimbo	_____ Assinatura/Carimbo

Observações: