

 UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

CENTRO DE CIENCIAS DA SAUDE

FACULDADE DE MEDICINA

Av. Carlos Chagas Filho 373 bloco K – CEP: 21941-912

Rio de Janeiro – RJ

Setor de Protocolo – sala 22

e-mail: protocolo@medicina.ufrj.br

|  |
| --- |
| **CURSO:** |
| **NOME:** |
| **ENDEREÇO:**  |
|  **CIDADE: UF: CEP:** |
| **TEL. RESIDENCIAL: CELULAR:** |
| **E-MAIL:** |

 **Excelentíssimo Senhor Diretor (a) do (a) FACULDADE DE MEDICINA/ UFRJ:**

 Vem requerer a V. Sª **Matrícula por Transferência ex-offício** de acordo com a documentação apresentada abaixo:

* Histórico escolar original, até o último período cursado, ano e notas do vestibular (assinado e carimbado);
* Programa com carga horária das disciplinas cursadas na IES de origem (assinado e carimbado);
* Atestado de regularidade da vida acadêmica, expedido pela instituição de origem, tendo que constar se a matrícula está ativa ou trancada (assinado e carimbado);
* Documento de identidade (original e cópia) – observar validade do documento apresentado;
* Certidão de nascimento (se solteiro) ou casamento (se casado);
* Duas fotos recentes 3 x 4;
* Cópia do comprovante de residência (anterior e atual);
* Declaração de que é dependente e coabita com o servidor, quando for o caso, visada pelo órgão de pessoal ao qual esteja afeto o servidor;
* Cópia da publicação em Diário Oficial ou Boletim Oficial do ato que comprove a transferência do servidor público, civil ou militar, para o Rio de Janeiro, **por necessidade de serviço** (assinado e carimbado);
* Declaração que o servidor **está****em exercício** no Rio de Janeiro (assinado e carimbado);
* Cópia do certificado de conclusão do Ensino Médio ou equivalente;

;

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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

Assinatura