



Ministério da Educação
Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica
Instituto Federal do Norte de Minas Gerais
Diretoria de Educação a Distância
EDITAL Nº 195 DE 13 DE JUNHO DE 2017

PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO PARA ACESSO AO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE NA MODALIDADE A DISTÂNCIA, NO ÂMBITO DA UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL – UAB.

ÚLTIMA CONVOCAÇÃO PARA MATRÍCULA

(Candidatos do Cadastro de Reserva de Vagas – Ocupação de vagas remanescentes)

1. DA MATRÍCULA

1.1 A matrícula será realizada no **polo de apoio presencial de Mantena** (rua Manuel Amâncio, 171, Centro, Mantena – MG), no qual o candidato se inscreveu na 3ª chamada, **nos dias 03 e 04 de outubro de 2017.**

2. DAS CONDIÇÕES PARA MATRÍCULA

2.1 O candidato convocado, **CONFORME TABELA 1 ABAIXO**, deverá preencher o **REQUERIMENTO DE MATRÍCULA (Anexo I desta Convocação)**, e demais documentos exigidos pelo Edital nº195/2017, **caso tenha ficado algum documento sem preencher** durante o período de Inscrição no Cadastro de Reserva de Vagas, para oficializar sua matrícula.

Tabela 1- Relação de candidatos **convocados para matrícula** no curso de Pós-graduação *Lato Sensu* em Gestão em Saúde - Polo UAB/IFNMG.

MANTENA – GESTÃO EM SAÚDE		
Classificação	Nome	Situação da Matrícula
131	Abrao Lino Rosa De Oliveira	Convocado para Matrícula
136	Kleyce Lopes Da Rocha	Convocado para Matrícula
137	Silvia Helena Da Silva Silva	Convocado para Matrícula
138	Adneia Tomaz Martins	Convocado para Matrícula
158	Darlene Moreira Rocha	Convocado para Matrícula

Montes Claros, 29 de setembro de 2017

Comissão de Processos Seletivos CEAD/UAB/IFNMG.



Ministério da Educação
Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica
Instituto Federal do Norte de Minas Gerais
Diretoria de Educação a Distância

ANEXO I

REQUERIMENTO DE MATRÍCULA EM CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO

CURSO:					
POLO DE APOIO PRESENCIAL:			POLO SEDE: CEAD / MONTES CLAROS		
Nome do(a) aluno(a):			Data de Nascimento: ____/____/____		
Natural de:		Nacionalidade:		UF:	Sexo: () Masc. () Fem.
Nome da mãe:					
Nome do pai:					
RG:		Órgão Expedidor:		Data de Expedição ____/____/____	UF:
CPF:			Estado Civil:		
Endereço:					Nº:
Bairro:		Cidade:		Complemento:	
UF:	CEP:		Telefone/Celular:		
E-mail:				WhatsApp:	
Grau de Formação: () Superior completo () Pós-graduação					
Estabelecimento de Ensino:					
Ano de Conclusão:			Cidade:		UF:
Etnia/Raça: () Amarela		() Branca	() Indígena	() Parda	() Preta () Não declarada
Possui alguma necessidade específica?		() Sim	() Não	Qual:	
FORMA DE INGRESSO:	() Vestibular	() Transferência	() Sisu	() Outra – Qual? _____	

OBS.: Não pode haver rasura no Requerimento

Venho requerer ao CEAD/IFNMG a matrícula no **Curso de Pós-Graduação em** _____, ano _____, Declaro que as informações prestadas são verdadeiras e de minha total responsabilidade.

Nestes termos, pede deferimento.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Requerente

Recebido em ____/____/____

Assinatura do Responsável pela matrícula

Assinatura e carimbo do (a) Coordenador (a) de polo

Deferido em ____/____/____

Indeferido em ____/____/____

Assinatura do Coordenador Geral da UAB

COMPROVANTE REQUERIMENTO DE MATRÍCULA EM CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Nome:	
Curso:	Polo:
Data Solicitação: ____/____/____	Atendente: