

ANEXO I
FICHA DE INSCRIÇÃO
ALUNO FLUXO CONTÍNUO

Fotografia
3X4

PROGRAMA “ROTACIÓN CLÍNICA INTERNACIONAL 2025” - PERU

NOME COMPLETO: _____

R.A: _____ Data de nascimento: ____ / ____ / ____

Campus: _____

Ano do curso de Medicina: _____

Média Geral: _____

Nome do Coordenador do curso: _____

E-mail (letra de forma legível): _____

Telefone (com DDD): _____

Celular (com DDD): _____

Endereço: _____

CEP: _____

Cidade: _____ Estado: _____

RG: _____

CPF: _____

Está participando de outro processo de programa de bolsa internacional?

Não

Sim

Especifique: _____

_____, ____ de ____ de ____.

ASSINATURA DO ALUNO