|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Marca CEFID Horizontal Assinatura RGB-01 |  |  |  |  |

**Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC**

**Centro de Ciências da Saúde e do Esporte – CEFID**

**Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família**

**Requerimento de Matrícula do Aluno Regular em Disciplina**

**Matrícula nº: ................................. (Preenchido pela Secretaria)**

Florianópolis, 03 de agosto de 2015.

Ilmo. Sr.

Prof. Dr. Fabrizio Caputo

Diretor de Pesquisa e Pós-Graduação

**Assunto: Requerimento de matrícula como aluno regular**

Eu, (coloque o nome completo) aluno(a) regular do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família venho solicitar matrícula no 1º ano.

Atenciosamente,

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **(coloque o nome do aluno (a))** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
|  | |
|  | |
| **Assinatura do Diretor** | | **Em** | |