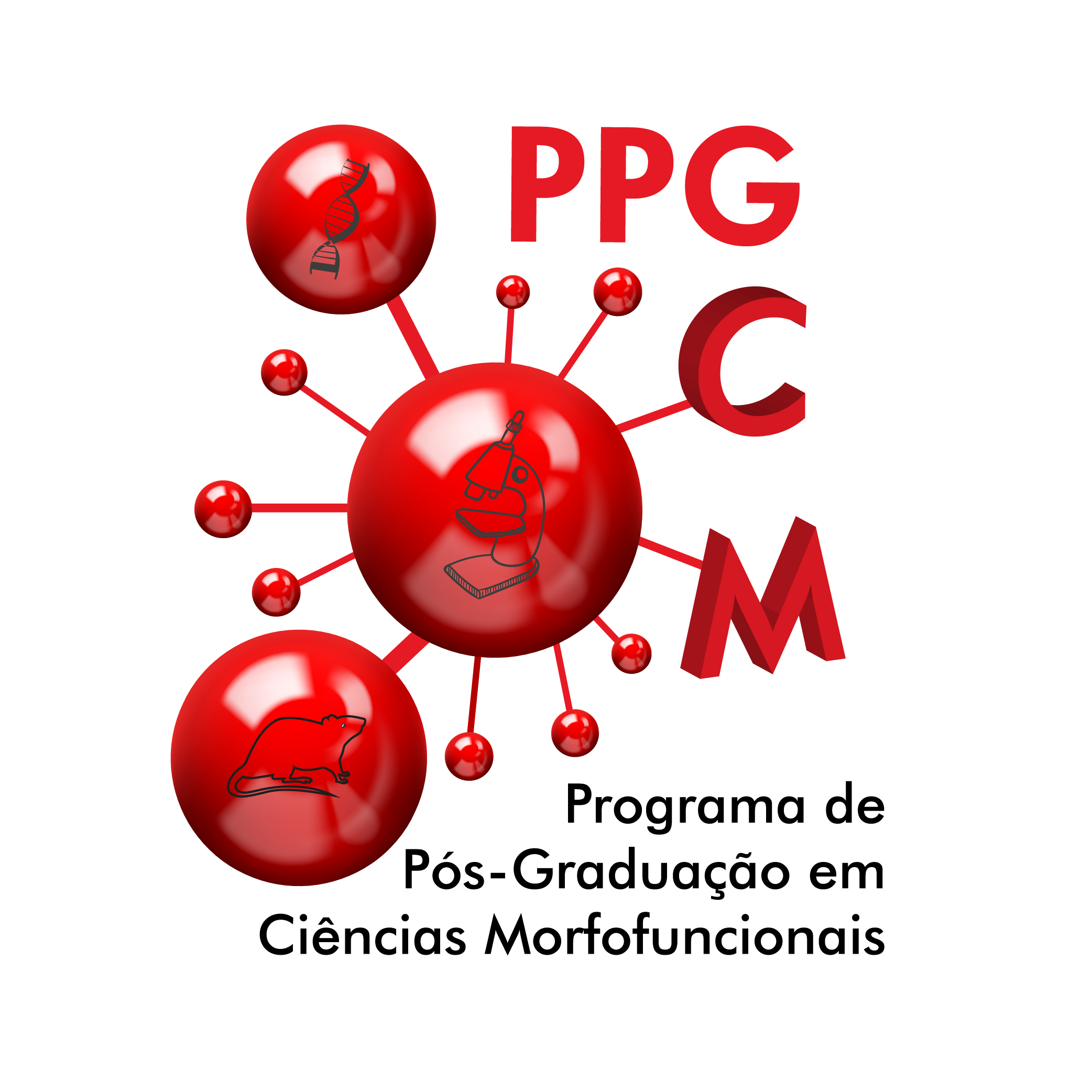
****

**Programa de Pós-Graduação em Ciências Morfofuncionais (PPGCM)**

**FORMULÁRIO DE MATRÍCULA/INSCRIÇÃO**

Eu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador de RG n.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF n.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente e domiciliado à Rua/Av. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, no:\_\_\_\_\_\_\_ na cidade de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, telefone ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_venho requerer minha matrícula/inscrição em unidades curriculares no Programa de Pós-Graduação em Ciências Morfofuncionais (PPGCM) da Universidade Federal de São João del-Rei.

**Unidades curriculares oferecidas no 1º Semestre – 2023:**

Assinale aquelas em que deseja se matricular:

( ) BIOLOGIA DO REPARO DE FERIDAS DE PELE

( ) ANATOMIA FUNCIONAL DO EXERCÍCIO FÍSICO

( ) BIOLOGIA DA INFLAMAÇÃO E REPARO

( ) TRANSDUÇÃO, SINALIZAÇÃO E MODULAÇÃO ENVOLVENDO CANAIS IÔNICOS TRP

(CIDADE), \_\_\_\_\_ de de 2023.

ASSINATURA: ………………………………………………………………………

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

(Não preencher – Uso exclusivo do Professor)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| PARECER DO PROFESSOR RESPONSÁVEL PELA DISCIPLINA | | |
| DISCIPLINA | DEFERIMENTO | RUBRICA |
|  | Sim ( ) ( ) Não |  |
|  | Sim ( ) ( ) Não |  |
|  | Sim ( ) ( ) Não |  |
|  | Sim ( ) ( ) Não |  |
| São João del-Rei, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_. | | |