

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ**

**PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO**

**COORDENADORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO**

***Campus Universitário “Ministro Petrônio Portella” – Bairro Ininga – Bloco 06***

***Telefone: (86) 3237-1883* – *E-Mail*:** *coor.pos@ufpi.edu.br*

***64049-550 – Teresina–PI***

**REQUERIMENTO**

Venho, por meio deste, requerer a minha inscrição para a prova de seleção no Programa de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais da UNIVERSIDADE FEDERAL DE DO PIAUÍ.

**Declaro estar ciente das datas, horários e normas do referido processo de seleção e que o curso me dará o certificado de especialização acadêmica com certificado emitido pela UFPI.**

Teresina, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2014.

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

Assinatura do Candidato



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ**

**PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO**

**COORDENADORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO**

***Campus Universitário “Ministro Petrônio Portella” – Bairro Ininga – Bloco 06***

***Telefone: (86) 3237-1883* – *E-Mail*:** *coor.pos@ufpi.edu.br*

***64049-550 – Teresina–PI***

**DECLARAÇÃO DE DEDICAÇÃO EXCLUSIVA**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Portador(a) do RG \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

DECLARO que possuo disponibilidade de horário integral para realizar a Residência em Área Profissional de Saúde: Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais, estando ciente de que o Programa requer DEDICAÇÃO EXCLUSIVA.

Teresina, de de 2014;

ASSINATURA DO CANDIDATO