REQUERIMENTO DE MATRÍCULA

João Pessoa, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_.

Para: Coordenação do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

Prezado Coordenador:

Nome do aluno:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vem por meio deste requerer matrícula no Curso de Mestrado em Saúde Coletiva, no período letivo 2021.2; na(s) seguinte(s) disciplina(s):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Disciplinas obrigatórias** | | | |
|  | **Nome** | **Créditos** | **Carga horária** |
|  | Metodologia e ética da pesquisa científica | 3 | 45 |
|  | Formação pedagógica para o ensino na saúde | 2 | 30 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Disciplinas optativas** | | | |
|  | **Nome** | **Créditos** | **Carga horária** |
|  | Educação Popular em saúde | 3 | 45 |
|  | Métodos epidemiológicos | 3 | 45 |
|  | Pesquisa Qualitativa em Saúde\* | 4 | 60 |

\*Disciplina destinada prioritariamente aos alunos da turma 02.

Em anexo:

* **Cópia legível do diploma de graduação (frente e verso);**
* **Cópia legível da carteira de identidade e do CPF ou Registro Nacional do Estrangeiro ou Passaporte, se estrangeiro;**
* **Documento comprobatório em caso de alteração do nome;**
* **Foto 3x4 recente;**

Nestes termos, peço deferimento.

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

Assinatura do aluno