**ANEXO II**

**FICHA DE INSCRIÇÃO - PROGRAMA DE APRIMORAMENTO PROFISSIONAL**

**EM MEDICINA VETERINÁRIA**

| **DADOS DO CANDIDATO** | | | | | | | | | | **FOTO 3x4** | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome:** | | | | | | | | | |
| **Sexo:** | | | | | | | | | |
| **Estado Civil:** | | | | | | | | | |
| **Data de Nascimento:** | | | | | | | | | |
| **RG.:** | | **CPF:** | | | | | **CRMV (ou protocolo de solicitação de inscrição):** | | | | |
| **Naturalidade:** | | | | | | | | | | | |
| **Nacionalidade:** | | | | | | | | | | | |
| **Possui deficiência?** | | **( ) Sim** | | | | | **( ) Não** | | | | |
| **Tipo de Deficiência:** | **( ) Física** | **( ) Visual** | | | | **( ) Auditiva** | **( ) Mental** | | **( ) Múltipla** | | **Outra(s) ( )**  **Quais?** |
|
| **Caso possua alguma deficiência, especificar o tipo de atendimento específico necessário para a realização da prova:** | | | | | | | | | | | |
| **Endereço:** | | | | | **Nº** | | **CEP:** | | | | |
| **Bairro:** | | | **Cidade:** | | | | **Estado:** | | | | |
| **E-mail:** | | | | | | | **Telefone:** | | | | |
| **FORMAÇÃO ACADÊMICA** | | | | | | | | | | | |
| **Curso:** Medicina Veterinária | | | | **Ano de início:** | | | | **Ano de conclusão:** | | | |
| **Instituição:** | | | | | | | | | | | |
| **Documento de reconhecimento do curso:** | | | | | | | | | | | |
| **Área de interesse:** | | | | | | | | | | | |

**Local e Data**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_.

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

**Assinatura do(a) candidato(a)**