**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)**