



GOVERNO DO ESTADO DO
AMAZONAS

**SELEÇÃO PARA PROGRAMAS DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA DA
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS
PROGRAMA DE APOIO À PRIMEIRA INFÂNCIA
ANEXO I**

FICHA DE INSCRIÇÃO	
Nº de Inscrição: _____ 2017	
Nome completo: _____	
CPF: _____	RG: _____
Telefone: _____	E-mail: _____
Nº de Matrícula: _____	Unidade Acadêmica: () ESA () ESAT
Curso: () ENFERMAGEM	() MEDICINA () TURISMO
Endereço Residencial: _____ nº _____	
Bairro: _____	Complemento: _____
Cidade/Estado: _____	CEP: _____

Declaro, para os devidos fins, estar ciente das condições do Edital. Declaro, também, que as informações prestadas são verdadeiras.

Local e Data

Assinatura do Candidato

..

Comprovante de Inscrição

Nº de Inscrição: _____/2017

Nome do Candidato: _____

Data e Assinatura do Candidato: _____

Registro do Recebimento da Inscrição pela Instituição: _____