

**FORMULÁRIO DE CADASTRAMENTO DE
ALUNOS DE PÓS-GRADUAÇÃO**

8. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Data de Nascimento / /	Local	Estado
País	Nacionalidade	
Sexo de registro no nascimento <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Não sei ou não quero responder		
Gênero - Você se considera: <input type="checkbox"/> Homem cisgênero <input type="checkbox"/> Mulher cisgênero <input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____ <input type="checkbox"/> Não sei ou não quero responder		
Estado Civil <input type="checkbox"/> Casado/União Estável Nome cônjuge/companheiro(a): _____ <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Não sei ou não quero responder		
Raça/Cor - Você se considera: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Não sei ou não quero responder		
Deficiências – Você é portador de alguma deficiência? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual? _____ <input type="checkbox"/> Não sei ou não quero responder		
Situação financeira - <input type="checkbox"/> É independente financeiramente <input type="checkbox"/> Depende financeiramente da renda dos pais ou cônjuge <input type="checkbox"/> Contribui parcialmente com as despesas pessoais e da moradia É beneficiário de Programas sociais do governo federal, estadual ou municipal? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, possui Inscrição no CadÚnico? (Indicar número) _____		

**FORMULÁRIO DE CADASTRAMENTO DE
ALUNOS DE PÓS-GRADUAÇÃO**

() Não sei ou não quero responder

9. DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

RG Nº	UF	Data Expedição	Órgão Expedidor
		/ /	
Cadastro de Pessoa Física (CPF) Nº			
Conselho Regional(CRM/CREFITO/COREN, etc)	UF	Data Expedição	Data de Vencimento
		/ /	
Órgão Expedidor:			

10. CURSO DE GRADUAÇÃO

Instituição (Escola, Faculdade, Universidade)
Cidade/Estado
Título obtido
Dia, Mês, Ano do início do curso: / /
Dia, Mês, Ano em que o Título foi obtido: / /

11. RESIDÊNCIA MÉDICA

Instituição (Escola, Faculdade, Universidade)	
Cidade/Estado	
Área	Nº Parecer Credenciamento CNRM
Início: / /	Término: / /

12. MESTRADO

Instituição (Escola, Faculdade, Universidade)			
Cidade/Estado		Dia/Mês/Ano em que o título foi obtido	
		/ /	
Solicitou equivalência de título na USP?	Sim	Não	Data / /

Assinatura do Aluno

Data da inscrição no programa ____/____/____
(a ser preenchido pela Secretaria)