Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
COMISSÃO DE CULTURA E EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA - CCEX
Av. Dr. Arnaldo, 455 - 1º andar - sala 1301
fone: (11) 3061-8462

FICHA DE MATRICULA

Numero CRM / UF

CPF: _____._____._____ /_____

NOME DO CANDIDATO

PERIODO DA MATRICULA	**1º ANO**	**2º ANO**	**3º ANO**

NOME COMPLETO DO PROGRAMA:

ENDEREÇO

RUA, AV., PRAÇA, ETC.

Bairro: Cidade: Estado: Cep: Telefone:

e-mail:

SÃO PAULO: _____/_____/_____ _____

Assinatura do Candidato