**FICHA DE MATRÍCULA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO | | | |
| Nome: | | | Data de Nascimento: |
| Nacionalidade: | | Naturalidade /UF: | Estado Civil: |
| CPF: | | RG:  órgão emissor /UF: | CRO: |
| Endereço Residencial: | |  |  |
| Complemento: | Bairro: | | Cep: |
| Cidade/UF: | E-mail: | | Telefones: |
| Endereço Comercial: | |  |  |
| Complemento: | Bairro: | | Cep: |
| Cidade/UF: | E-mail: | | Telefones: |
| Nome do Pai: | | | |
| Nome da Mãe: | | | |
| Graduação: |  | |  |
| Ano: | Cidade: | | Estado: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CURSO** | | |
| Curso: | TURMA: | SEMESTRE: |

Declaro verdadeiras todas as informações acima descritas. Pelo presente, manifesto minha intenção de me matricular/renovar matrícula no referido curso, através do contrato de prestação de serviços educacionais.

E ainda estou ciente de que, caso desista de prosseguir no curso, não serei ressarcido do valor já pago.

Piratininga, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_\_.

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

ALUNO

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

FACOP - Faculdade do Centro Oeste Paulista