**ANEXO I**

**FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO**

**PROCESSO SELETIVO PARA MONITORIA SUBSIDIADA DA UFSM DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL**

MONITORIA DA DISCIPLINA:........................................................................................... NOME DO(A) CANDIDATO(A): ......................................................................................... CURSO: ...................................................

MATRÍCULA:................................. SEMESTRE (do curso): ...................................................... ENDEREÇO RESIDENCIAL:................................................................................................

TELEFONE PARA CONTATO:............................................................. E-MAIL:......................................................................................................................... IDENTIDADE:........................................... CPF: .......................................................................

**O ESTUDANTE JÁ DEVE TER CURSADO A DISCIPLINA PARA A QUAL ESTÁ SE INSCREVENDO PARA A MONITORIA, TENDO SIDO APROVADO COM NOTA IGUAL OU SUPERIOR A 7,00 (SETE).**

QUAL A MÉDIA DA DISCIPLINA? **(LANÇAR O QUE CONSTA NO HISTÓRICO) …………………….**

CONTA CORRENTE: (individual e ativa)

BANCO: ....................................................

AGÊNCIA:........................... CONTA:.......................................

Local: Data: