**ANEXO 1**

**FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO**

**SELEÇÃO PARA ESTUDANTES COLABORADORES (AUXILIARES) NA PARTICIPAÇÃO DO CURSO DE ODONTOLOGIA NO DESCUBRA UFSM VIRTUAL 2020**

|  |
| --- |
| Nome do (a) Candidato (a): |
| Data de Nascimento: |
| Curso do Candidato (a): |
| Matrícula do Candidato (a): |
| Endereço  Rua:  N.º Apto.: Complemento:  Cidade: UF:  CEP: Celular: ( )  E-mails: |
| CPF n.º |
| RG n.º  Órgão de Expedição: Data de Expedição: |
| Conta Bancária (conta-corrente pessoal de código 001, preferencialmente, no Banco do Brasil ou Caixa Econômica Federal. O sistema de pagamentos não aceita contas bancárias conjuntas ou de terceiros, conta salário, conta poupança, conta fácil ou outras categorias que exijam código de identificação de transferência diferente do código 001):  Número da Agência: Número da Conta: |

Declaro que li e concordo com todos os termos previstos no Edital n. 01/2020, da Secretaria do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Santa Maria. Comprometo-me com a veracidade e validade das informações prestadas neste formulário, bem como dos documentos entregues no ato da entrevista (se for o caso), considerando as implicações para os propósitos do DESCUBRA UFSM VIRTUAL 2020.

Santa Maria, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2020.

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

Assinatura do (a) Candidato (a)