

FICHA CADASTRAL DE ALUNO ESPECIAL DO PPGCREAB - FACISA

NOME: _____

ENDEREÇO: _____

TELEFONE: _____

EMAIL: _____

RG/CPF: _____

FORMAÇÃO/ANO: _____

UNIVERSIDADE EM QUE SE FORMOU: _____

DISCIPLINA: _____

JÁ TEM ALGUMA PÓS-GRADUAÇÃO? QUAL? _____

JÁ TEM EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL? () SIM () NÃO.

SE SIM, RESPONDER:

ÁREA: DOCÊNCIA () ASSISTÊNCIA () GESTÃO () OUTRA () _____

LOCAL DE TRABALHO: _____

TEMPO DE ATUAÇÃO PROFISSIONAL: _____

ÁREAS DE INTERESSE EM CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO: _____

PRETENDE FAZER MESTRADO NOS PRÓXIMOS DOIS ANOS? () SIM () NÃO

ÁREA DE MESTRADO: CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO () SAÚDE COLETIVA ()

OUTRA () _____