|  |  |
| --- | --- |
| **CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM****GERENCIAMENTO DE REJEITOS RADIOATIVOS** | **REQUERIMENTO DE MATRÍCULA**  |
| **DADOS PESSOAIS** |
| Nome: | Data de nascimento: |
| Naturalidade: | UF: | CPF: |
| Filiação: |
| RG: | Órgão Expedidor: | Expedido em: |
| E-mail:  |
| **ENDEREÇO RESIDENCIAL** |
| Endereço:  |
| Bairro: | Cidade: | UF: | CEP: |
| Telefone: | Telefone alternativo: |
| Declaro, para fins de direito, sob as penas da lei, a veracidade das informações prestadas neste Requerimento de Matrícula e na documentação exigida pelo CDTN para fins de matrícula na instituição. Declaro, também, ter ciência da minha exclusão no curso na falta de documento(s) obrigatório(s).Declaro ter conhecimento do Regimento Interno do curso de Especialização em Gerenciamento de Rejeitos Radioativos ofertado pelo CDTN. |
| Local e data:  | Assinatura do candidato: |