**Solicitação de Matrícula em Disciplina Isolada**

*Eu, ……………………………… solicito a matrícula na disciplina .................................................................... Declaro que estou ciente e de acordo de que esta inscrição não se constitui em direito para ingressar no Curso. O aproveitamento dos créditos desta matrícula somente será possível se for aprovada/o em processo seletivo para ocupar vagas, nos termos do Regimento geral da UFSC e do Regulamento do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, a critério do seu Colegiado.*

***É aluno de outro curso de Pós-graduação da UFSC?***

( )SIM ( ) NÃO

Se sim, informar email da Secretaria do Curso da Pós-Graduação: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Dados obrigatórios:***

*Nome completo do aluno:*

*Data de nascimento:*

*Naturalidade:*

*Identidade/órgão expedidor/data expedição:*

*CPF:*

*Nome da mãe:*

*Formação:*

*Estado civil:*

*E-mail:*

*Telefones para contato:*

*Código e Nome completo da disciplina:*