À Assistência Técnica Acadêmica

Ilmª. Srª. Ida Mara Brunelli

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador(a) do RG de nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e do CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, regularmente matriculado(a) no curso de Escolher um item. Solicito da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, por meio deste, a inclusão do nome social nos termos da Resolução CoIP nº 8705, de 09 de outubro de 2024.

|  |  |
| --- | --- |
| **Número USP\*:** |  |
| **Nome social completo\*:** |  |
| **Nome de registro civil\*:** |  |
| **Telefone\*:** |  |
| **E-mail\*:** |  |
| **Naturalidade:** |  |
| **Raça / cor:** | Escolher um item. |
| **Orientação sexual:** | Escolher um item. |
| **Gênero:** | Escolher um item.  |
| **Filiação:** |  |
| **Estado civil:** | Escolher um item. |
| **Nome do cônjuge:** |  |

Os campos marcados com \* são de preenchimento obrigatório.

Ribeirão Preto, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura do aluno