

FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO DE BOLSA INSTITUCIONAL

SOLICITAÇÃO DE BOLSA PARA QUAL NÍVEL?

☐ Pré-Pós ☐ Mestrado ☐ Doutorado

VÍNCULO:

☐ Residência Médica IC/FUC ☐ Residência Multiprofissional IC/FUC

☐ Colaborador da Rede de Hospitais IC/FUC (funcionário)

Citar Hospital: _____ Setor: _____

DADOS PESSOAIS DO SOLICITANTE:

CPF: _____ Nome Completo: _____

Data de Nascimento: _____ Endereço eletrônico: _____

Declaro ter conhecimento do regulamento para concessão de bolsa institucional no âmbito do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde (cardiologia).

Data do Requerimento: ____/____/____

Assinatura do Requerente: _____

Orientações para Entrega do Formulário

Este formulário deve ser entregue, devidamente preenchido e assinado, juntamente com os documentos pertinentes à solicitação, na **Unidade de Pesquisa**.

Também é possível encaminhar para o e-mail: **pesquisa@cardiologia.org.br**.