



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.

