



2 foto
3 x 4
atual



FICHA DE INSCRIÇÃO

Nome: _____ N°.Matricula Curso _____

CRO: _____ UF () RG: _____ CPF _____

Data de Nasc: ____/____/____ Naturalidade _____ Estado Civil: _____

Endereço Resd: _____ N° _____

Compl: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ CEP: _____ UF: : _____

Carro: _____ Placa: _____

Tel Res: (____) _____ Com: _____

Celular: _____ e-mail:

Possui Seguro de Responsabilidade Civil Profissional () Sim () Não

Data de Formatura ____/____/____ Local _____

Tem outra Especialidade? () Sim () Não Destro () Canhoto () Valor Inscrição ()

Qual e onde foi realizada (o): _____

Curso Pretendido: _____

Sócio da ABO: _____ Regional: _____

Florianópolis, ____/____/____. _____

Assinatura

Documentos para inscrição

Currículo Documentado (Análise do Currículo faz parte da prova)

1ª pg. dados pessoais, nome, endereços (res. e com.) com e-mail e fones.

2ª pg. xerox dos documentos pessoais, carteira (CRO, RG, Título Eleitor e CPF).

3ª pg. Xerox diploma Cirurgião Dentista.

4ª pg. Xerox do Histórico Universitário e dos certificados dos Cursos realizados. (**encadernação espiral**)

Comprovante que esta em dia com a Tesouraria da ABO.

1foto 3x4 atual.

PS: A UniABO-SC reserva-se o direito de não realizar os Cursos que não preencherem o número mínimo de inscritos, podendo ser devolvido o valor da inscrição. Em caso de desistência do curso por parte do aluno o valor da inscrição não será devolvido. Encaminhar para Rua; Dom Pedro I, 224 – Capoeiras CEP: 88090-830 - Fpolis – SC Fone: XX (48) 3248 -7101 e-mail uniabo@abosc.com.br