**FICHA DE INSCRIÇÃO**

1- Nome:

Data de Nascimento:

Sexo:

RG:

CPF:

Estado Civil:

2- Áreas:

( ) Enfermagem – Assistência de Enfermagem em Dermatologia

( ) Fisioterapia - Assistência Dermatológica Ambulatorial, Hospitalar e Cirúrgica em Reabilitação Física específica da Fisioterapia

( ) Área de Psicologia – Intervenções Psicológicas Ambulatoriais, Hospitalares e Estudos Clínicos

( ) Terapia Ocupacional - Assistência Dermatológica Ambulatorial, Hospitalar e Cirúrgica em Reabilitação Física Específica da Terapia Ocupacional

( ) Área de Análises Clínicas, Diagnóstico Laboratorial e Laboratório de Pesquisa

3- Endereço:

Nº: Bairro:

Cidade: Estado:

4- Telefone: Celular: Fax:

5- E-mail:

6- Área de Graduação:

7- É portador de deficiência ou com necessidades especiais?( ) Sim ( ) Não

7.1- Qual? (tipo)

7.2- Necessita de condições especiais para realização da prova? ( ) Sim ( ) Não

7.3- Quais?