


| | | |
|--|------------------|---|
| AVM Faculdade Integrada | |  |
| Ficha de inscrição | | |
| Curso de Complementação Pedagógica | | |
| Educação a Distância | | |
| Curso: | Pré - matrícula: | |
| Núcleo regional (Cidade – Estado): | | |
| Nome do(a) aluno(a): | | |
| Filiação: | | |
| Data de Nascimento: | | |
| Município de nascimento: | | |
| Estado de nascimento: | | |
| Nacionalidade: | | |
| Identidade: | CPF: | |
| Sexo: () Masculino () Feminino | | |
| Endereço: | | |
| Bairro: | Cidade: | UF: |
| CEP: | | |
| Telefone residencial: () | | Celular: () |
| Email: | | |
| Graduação em: | | |
| Ano de conclusão: ___/___/_____ | | |
| Instituição (credenciada pelo MEC): | | |
| Empresa/Instituição em que trabalha: | | |
| Cargo/função: | | |
| Endereço: | | |
| Bairro: | Cidade: | UF: |
| CEP: | | |
| Documentação (assinalar todos os documentos fornecidos no ato da inscrição): <input type="checkbox"/> Certificado do Curso de Pós Graduação da AVM (cópia) <input type="checkbox"/> Carteira de Identidade (cópia) <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> Foto 3 X 4 <input type="checkbox"/> DECLARO estar ciente das normas do curso apresentadas quanto ao pagamento de 4 (quatro) parcelas de R\$ 230,00 . | | |
| INFORMAMOS QUE os pagamentos referentes a todas as parcelas do curso devem ser efetuados na rede bancária e através de boleto retirado no site da AVM, em nome desta Faculdade. A realização de pagamentos nos escritórios regionais da AVM não é autorizada pelo Núcleo Central – RJ. | | |

_____, ____ de _____ de ____.

Assinatura do (a) Aluno (a) ou Responsável