|  |  |
| --- | --- |
|  | **UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL**  DIRETORIA DE REGISTRO ACADÊMICO  PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM ENSINO EM SAÚDE MESTRADO PROFISSIONAL (PPGES) |

|  |
| --- |
| **REQUERIMENTO DE MATRÍCULA (aluno especial / vinculado)** |

Nome

|  |
| --- |
|  |

Endereço

|  |
| --- |
| Rua/Avenida:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nº:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Bairro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Município:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Estado:\_\_\_CEP:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Telefone fixo: ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Requer matrícula para o Curso: Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ensino em Saúde - Mestrado Profissional**, (PPGES), da UEMS, Unidade Universitária de Dourados, MS, no 2º semestre de 2020, na(s) seguinte(s) disciplina(s): |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DISCIPLINAS (marque um “x” na(s) disciplina(s) que pretende cursar)** | | | **Carga Horária** | | **Créditos** |
| ( ) | Trabalho, Educação e Saúde (obrigatória) | 45h | | 3 | |
| ( ) | Bases Estatísticas Aplicadas ao Ensino em Saúde (optativa) | 30h | | 2 | |
| ( ) | Ensino Clínico em Saúde (optativa) | 30h | | 2 | |
| ( ) | Tópicos Especiais no Ensino em Saúde II: Produção de Conteúdos Educacionais em Saúde (optativa) | 30h | | 2 | |
| ( ) | Validação de Tecnologias Educacionais em Saúde (optativa) | 30h | | 2 | |
| **Total de carga horária das disciplinas** | | |  | |  |

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2020 Assinatura do(a) aluno(a) |

|  |
| --- |
| **Coordenação do Curso**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Data:\_\_\_\_/\_\_\_\_/2020 Assinatura sob carimbo |

|  |
| --- |
| **Diretoria de Registro Acadêmico**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_DEFERIDA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Assinatura sob carimbo |