



FICHA DE INSCRIÇÃO

Curso de Atualização em Terapia Ocupacional em Saúde Mental e Psiquiátrica
Período de Inscrição: 17/09/2009 a 22/09/2009

Nome Completo: (sem abreviação): _____

Endereço Completo (Rua/Av.Número, Apto,Bloco,Bairro): _____

Cidade/UF: _____ CEP _____

Tel: (____) _____

Celular:(____) _____ E.mail: _____

Formação Profissional: _____

Nº do CPF: _____

Nº do Documento de Identidade: _____

Valor da Inscrição: R\$ 50,00

Dados para Depósito Bancário do Valor de Inscrição: R\$ 50,00

Banco do Brasil 001 - Nº Agência 3070-8 - Nº Conta Corrente 105425-2 - em nome de Fundação Faculdade de Medicina
Informar ao caixa do Banco os dois Códigos de Identificação abaixo:
CPF DO INSCRITO e 30.000

INSTRUÇÕES

- **preencher ficha de inscrição.** O preenchimento, a data e a assinatura devem ser sem rasuras, de forma legível, correta e completa, utilizando caneta esferográfica azul ou preta.
- **enviar a ficha de inscrição** preenchida junto com o comprovante de depósito bancário original e currículo pelo correio, CARTA REGISTRADA + AVISO DE RECEBIMENTO (AR), para o seguinte endereço: Escola de Educação Permanente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Rua Dr. Ovídio Pires de Campos, 471 – Térreo – Prédio do CeFACS – Cerqueira César – São Paulo – SP – CEP 05403-010.

CIÊNCIA

- **o CANDIDATO TERÁ SUA INSCRIÇÃO INDEFERIDA SE:** não constar assinatura na ficha de inscrição, e também, **NA FALTA DE:** comprovante original de depósito bancário correspondente ao pagamento da taxa de inscrição dentro do período de inscrição e do encaminhamento do currículo.
- a taxa de inscrição, uma vez paga, não será restituída em hipótese alguma;
- a data de postagem deverá corresponder ao período de inscrição do curso

São Paulo, ... de de

.....
Assinatura do candidato

Escola de Educação Permanente
Rua Dr. Ovídio Pires de Campos, 471 - 05403-010 - São Paulo
Tel.: (11) 3069-7025 Fax: (11) 3069-7498 e-mail: eep@hcnet.usp.br