

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO

Exmo. Sr. Presidente da Fundação Santo André

Nome: _____

Endereço: _____ N° _____

Bairro: _____ Cidade: _____

Nacionalidade: _____ Estado Civil: _____

RG n°: _____ CPF/MF n°: _____ - _____

Telefone fixo: _____ Celular: _____

e-mail: _____

Dados de conta para pagamento: Banco: _____ Ag. _____ Conta corrente: _____

Venho pela presente requerer a V. Mag^a minha inscrição no Processo Seletivo de Docentes do Centro de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão do Centro Universitário Fundação Santo André, manifestando minha candidatura às seguintes vagas:

DISCIPLINA(s): _____

CURSO(s): _____

CARGA HORÁRIA DISCIPLINA: 40 horas

Declaro que tenho inteiro conhecimento do Regulamento do Processo Seletivo, e que estou ciente de que o não atendimento das exigências necessárias à participação implicará o cancelamento da presente inscrição.

Declaro, ainda, que tenho disponibilidade para as gravações das aulas no estúdio da FSA, assim como a elaboração dos seus respectivos roteiros de estudos (arquivos da apresentação de conteúdo com as indicações das atividades complementares) e questões, e que tenho ciência de que a constatação de informações inverídicas, em qualquer época, implicará no cancelamento desta inscrição, e, inclusive, em rescisão contratual de pleno direito por parte da Fundação Santo André.

Atenciosamente,

Santo André, _____ de _____ de _____

Assinatura do Candidato