

VESTIBULAR DE MEDICINA 2019/2

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE TRATAMENTO POR NOME SOCIAL

Nome social: _____

Nome civil: _____

CPF: _____ Inscrição Vestibular: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Curso: _____ Instituição: _____

Declaro, para fins de realização das provas do **Vestibular de Medicina 2019/2**, no dia **26 de maio de 2019**, que desejo obter o tratamento em sala de provas pelo nome social indicado acima.

Informo que desejo utilizar, durante a realização das provas do **Vestibular de Medicina 2019/2**, o seguinte ambiente sanitário:

- Masculino
 Feminino

_____, _____ de _____ de 2019

Assinatura do candidato