



Nome da escola/instituição que concluiu o Ensino Médio Completo:

Ano de conclusão do Ensino Médio completo:

Está cursando alguma graduação e/ou pós graduação?

( ) Sim

( ) Não

Qual a opção de curso desejada?

( ) 201 - Técnico em Análises Clínicas

( ) 202 - Técnico em Farmácia

( ) 203 - Técnico em Química

Autorizo o uso de minha imagem e dados para divulgação: ( ) SIM ( ) NÃO

Aceito receber eletronicamente informações de divulgação de produtos, serviços ou oportunidade de emprego:

( ) SIM ( ) NÃO

**FAVOR PREENCHER PARA CONHECERMOS O SEU PERFIL**

Você tem alguma experiência profissional na área do curso pretendido? :  SIM  NÃO

### **OBSERVAÇÕES:**

1. O curso poderá ser adiado ou cancelado quando:
  - a) o número de alunos/as for inferior às vagas disponíveis;
  - b) motivo de força maior deliberado pela Diretoria de Ensino e/ou Direção do Centec;
2. No caso de omissão da inclusão dos dados pessoais, uso da imagem e recebimento de informações será entendido como aceita (sim);
3. O/a aluno/a e/ou seu responsável devem respeitar as normas escolares vigentes da instituição responsável pela execução do curso;
4. O/a aluno/a e ou seu responsável declara possuir os conhecimentos específicos prévios necessários para participar do curso, atendendo assim ao(s) pré-requisito(s) descrito(s) no Descritivo do Curso/Plano de Curso;
5. O/a aluno/a ou seu responsável declara veracidade das informações acima prestadas.

### **TERMO DE COMPROMISSO:**

Acrescento que, ao confirmar minha matrícula, estou ciente de assumir os seguintes compromissos:

1. Participar integralmente das atividades do curso e cumprir todos os requisitos educacionais regulamentares.
2. Ter frequência mínima de 75% no curso.
3. Realizar o Estágio Curricular Obrigatório, de acordo com a quantidade de horas mínimas para meu curso.
4. Comunicar à Coordenação Pedagógica da Instituição de Ensino quando de meu impedimento ou desistência do curso, apresentando a justificativa formal à Instituição nas seguintes situações:
  - a. Doença: com apresentação de atestado médico em até 72 horas;
  - b. Mudança para outro município;
  - c. Situação de trabalho em horário incompatível com o curso.

Nome por Extenso: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_