**ANEXO I**

**PROGRAMA DE INTERCÂMBIO EM INSTITUIÇÕES PARCEIRAS**

**OUTGOING**

**FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO**

|  |
| --- |
| **DADOS PESSOAIS** |
| Foto3x4 | Nome completo |  |
| Nome do Pai |  |
| Nome da Mãe |  |
| Nº CPF |  |
| Data de Nascimento |  |
| Nº do passaporte |  |

|  |
| --- |
| **INFORMAÇÕES DE CONTATO** |
| Endereço |  |
| Telefone |  |
| E-mail |  |
| **Em caso de Emergência, contatar:** |
| Nome Completo |  |
| Grau de parentesco |  |
| Telefone |  |
| E-mail |  |
| Endereço |  |

|  |
| --- |
| **INFORMAÇÕES ACADÊMICAS** |
| Curso |  |
| Semestre/ano |  |
| Nome do Coordenador Institucional |  |
| E-mail do Coordenador Institucional |  |

|  |
| --- |
| **PROFICIÊNCIA LINGUÍSTICA** |
| Inglês | [ ]  Nativo [ ]  fluente [ ]  avançado [ ]  intermediário [ ]  básico |
| Espanhol | [ ]  Nativo [ ]  fluente [ ]  avançado [ ]  intermediário [ ]  básico |
| Francês | [ ]  Nativo [ ]  fluente [ ]  avançado [ ]  intermediário [ ]  básico |
| Italiano | [ ]  Nativo [ ]  fluente [ ]  avançado [ ]  intermediário [ ]  básico |
| Outros       | [ ]  Nativo [ ]  fluente [ ]  avançado [ ]  intermediário [ ]  básico |

|  |
| --- |
| **INFORMAÇÕES MÉDICAS** |
| Caso você tenha alguma deficiência física que considere relevante ser informada, por favor indique abaixo: |
|  |
| Caso você tenha outros aspectos sobre sua saúde que considere relevante serem informados, por favor indique abaixo:  |
|  |

|  |
| --- |
| **SELEÇÃO DE INSTITUIÇÕES PARCEIRAS** |
| 1ª opção |       |
| 2ª opção |       |
| 3ª opção |       |

Os dados acima serão utilizados exclusivamente para fins de inscrição no programa. Desse modo, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados n. 13.709 e, em conformidade com a política de privacidade disponível em <https://santamarcelina.org.br/restrito/politica-de-privacidade.pdf> , você expressa seu consentimento:

|  |  |
| --- | --- |
| Estou de acordo | [ ]  Sim [ ]  Não  |