



INSTITUTO
IDEIA



UNIVERSIDAD
COLUMBIA
DEL PARAGUAY

FICHA CADASTRAL DE MATRÍCULA PARA INÍCIO EM **JANEIRO DE 2018**

CONDIÇÃO PROMOCIONAL:

- Para matrículas efetuadas até 04 de agosto de 2017, os iniciantes em janeiro de 2018 concorrerão, por sorteio em Assunção durante o 1º módulo de aulas, a isenção das três últimas mensalidades para um desses alunos.
- Para matrículas efetuadas de 05 de agosto até 15 de setembro de 2017, os iniciantes em janeiro de 2018 concorrerão, por sorteio em Assunção durante o 1º módulo de aulas, a isenção das duas últimas mensalidades para um desses alunos.
- Para matrículas efetuadas após 15 de setembro e até 20 de dezembro de 2017, os iniciantes em janeiro de 2018 concorrerão a isenção da última mensalidade para um desses alunos, por sorteio em Assunção durante o 1º módulo de aulas.

NÃO DEIXE DE ASSINALAR AO LADO O CURSO DESEJADO	<input type="checkbox"/> Mestrado em Ciências da Educação	<input type="checkbox"/> Mestrado em Educação Matemática	<input type="checkbox"/> Doutorado em Educação Matemática
	<input type="checkbox"/> Mestrado em Administração	<input type="checkbox"/> Doutorado em Ciências Educação	<input type="checkbox"/> Pós-doutorado
	<input type="checkbox"/> Mestrado em Gestão da Saúde Pública	<input type="checkbox"/> Doutorado em Administração	
	<input type="checkbox"/> Mestrado em Ciências Jurídicas	<input type="checkbox"/> Doutorado em Gestão da Saúde Pública	

Nome completo

Graduação concluída em: (ano / área)	/	Possui pós-graduação Lato-sensu ?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
---	---	-----------------------------------	---

Em caso de matrícula no Doutorado, indique qual o Mestrado já concluído e em qual instituição.

Em caso de matrícula no Pós-Doutorado, indique qual o Doutorado já concluído e em qual instituição.

Filiação

Endereço residencial

Bairro

Telefone (s) fixo c/ ddd

Email(s)

Data de nascimento

RG nº

Nº Passaporte (se possuir)

Título de eleitor / seção / zona

Caso seja alérgico a medicamentos e/ou alimentos, relacione-os

Possui algum tipo de controle médico que exija uso de medicamento regular ?

Relacione uma ou mais pessoas (no Brasil), com telefone com DDD, para contato em caso de urgência.

INFORMAÇÕES PROFISSIONAIS BÁSICAS

Instituição / empresa em que trabalha

Cargo / Função

Endereço profissional

Bairro

Telefone profissional c/ ddd

Como teve conhecimento do curso desejado?

IMPORTANTE: Caso tenha sido indicado por algum aluno ou parceiro do IDEIA, por favor forneça o nome completo do mesmo no espaço ao lado. No caso de ser aluno, se possível informe também o curso.

OBSERVAÇÃO: Preencha apenas se julgar importante alguma informação adicional:

..... de..... de 2017
Data

.....
Declaro serem verdadeiras as informações acima e ter ciência das informações contidas no PASSO A PASSO para matrícula

PARA GARANTIA DE VAGA: Enviar para administrativo@ideiaeduc.com.br, esta ficha preenchida, junto com o comprovante de depósito da matrícula + contracheque de servidor público ou de contribuinte de conselho de classe profissional, **se for o caso**, + carta de Intenções + curriculum vitae + carteira de identidade com nº do CPF + comprovante de residência (tudo escaneado). A ficha original e os demais documentos solicitados deverão ser entregues em Assunção. O comprovante de depósito da matrícula deverá ser enviado junto com esta ficha ou, no máximo, até 05 dias após o depósito, não sendo válidos depósitos em envelope efetuados em CAIXA ELETRÔNICO ou pago a terceiros.

ATENÇÃO: Ao preencher tenha o cuidado de não desconfigurar de forma a não ultrapassar mais de uma folha