UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000 - SP
tel./fax.: (11) 3061-7531 – e-mail: scex@usp.br
C.P. 41633 - CEP 05422-970 – São Paulo – SP - Brasil

I ENCONTRO DE COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

20/09/2007

FICHA DE INSCRIÇÃO

NOME: _____

IDENTIDADE (RG): _____ PROFISSÃO: _____

ENDEREÇO RESIDENCIAL: _____

CEP: _____ CIDADE: _____ ESTADO: _____

TELEFONE: _____ FAX: _____

E-MAIL: _____

LOCAL DE TRABALHO: _____

FUNÇÃO: _____

ÁREA DE ATUAÇÃO: _____

Requer sua inscrição no **I Encontro de Comunicação em Saúde**

Nestes termos,

Pede deferimento.

São Paulo, _____ de _____ de 2007.

_____

assinatura do interessado

PAGAR NA TESOURARIA: ( ) **20,00** **(estudantes de Graduação)**
( ) **50,00** **(profissionais)**

_____

Serviço de Cultura e Extensão Universitária

RECIBO EM NOME: PESSOAL ( )
INSTITUIÇÃO ( ) _____