**ANEXO II**

**ESTADO DO PARANÁ**

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

**CENTRO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS CAETANO MUNHOZ DA ROCHA**

**CURSO TÉCNICO EM SAÚDE BUCAL**

**REQUERIMENTO DE MATRÍCULA**

Excelentíssimo Senhor Diretor do Centro Formador de Recursos Humanos Caetano Munhoz da Rocha,

Eu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(nome completo)**

RG \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, venho por meio deste, requerer matrícula no curso de **Técnico em Saúde Bucal**, ofertado por este Estabelecimento de Ensino, descentralizado no município de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , na \_\_\_\_\_\_ Regional de Saúde de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e, estando ciente das normas do regimento do mesmo, conforme o **Edital nº 07/2024**, comprometo-me a cumpri-las.

**Nestes termos.**

**Pede deferimento.**

**Local e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Assinatura do Aluno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Deferido □ Indeferido □**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Direção do CFRH/ESPP