



SECRETARIA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM ONCOLOGIA

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

SOLICITAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO ACADEMICANome: _____ Matrícula: _____
(letra de forma e legível)**Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Oncologia**Carteira de estudante

- Mestrado
 Doutorado

Programa de Bolsa e Formação em Pesquisa OncologiaCrachá

- Iniciação Científica
 Aperfeiçoamento I
 Aperfeiçoamento II
 Pós-doutorado
 Pós-residência
 Pesquisador Visitante
 Aluno Visitante

Orientações de uso do crachá de identificação

- O crachá é de uso e responsabilidade exclusivos do identificado, sendo vedado o seu uso por outra pessoa;
- O crachá deverá ser utilizado para entrada e saída das instalações do INCA, cujo ingresso estiver autorizado;
- O uso do crachá é obrigatório durante todo o tempo de permanência nas instalações do INCA;
- Devolver o crachá imediatamente sempre que houver solicitação do órgão responsável pelo controle do serviço, ou em caso de término/desistência/transferência do curso ao qual me encontro matriculado;
- Em caso de extravio, o fato deverá ser comunicado imediatamente.

Assinatura do solicitante_____
Assinatura e carimbo do orientador/supervisor**USO EXCLUSIVO DA SECRETARIA**
(preencher na retirada do crachá/carteira de estudante)

O cartão entregue à _____ em ____/____/____.

Assinatura do solicitante_____
Assinatura e carimbo da Secretaria