



UNICAMP

IQ/ Coordenadoria de Graduação

INSCRIÇÃO PARA AUXILIAR DIDÁTICO

RA: _____

Nome completo: _____

Curso: () 05 () 50 () outros _____

E-mail para contato: _____

Telefone em Campinas (inclusive celular, se tiver):

Telefone fora de Campinas: _____

Você já atuou como Auxiliar Didático? () Sim () Não

Se sim, quantas vezes? () 1 () 2 () 3

OBS: Assumo o compromisso de, em caso ser selecionado(a), cumprir o programa de forma integral, estando ciente de que, ao não respeitar esse compromisso, não terei autorização da CG para qualquer atividade que dela dependa.

Data da inscrição: ____/____/20____

Assinatura