**APÊNDICE I**

|  |  |
| --- | --- |
| **Insira aqui sua foto 3X4** | FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO Nº de inscrição: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (preenchido pelo PPGRACI) |

1. Solicito minha inscrição como candidato(a) ao Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia da UFAM, na **Linha de Atuação Científico-Tecnológica** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, para o 2° semestre de 2020.
2. Nome:.........................................................................................................................................
3. Endereço:....................................................................................................................................

Cidade:........................................................ Estado:............... CEP:.........................................

Fone(s):.................................................... E-mail:.....................................................................

1. Data de nascimento:................... Local:....................................Nacionalidade: .........................
2. Estado civil:.................................................................
3. Candidato se autodeclara: ( ) Negro ( ) Pardo ( ) Indígena (Res. CONSEPE nº 10/2016)
4. Filiação (mãe): ...........................................................................................................................
5. RG.: ........................................UF:....... Expedida por: .................CPF:.....................................
6. Estrangeiro? ( ) Sim ( ) Não Visto Permanente? ( ) Sim ( ) Não Passaporte nº...............

Expedição: ..............................................

1. Mantém vínculo empregatício? ( ) Sim ( ) Não

Nome da instituição empregatícia: ..........................................................................................

Endereço: ................................................................................................................................

Cidade:..................................CEP:.........................Estado:.................Fone:...........................

1. Formação Universitária:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nível\*** | **Curso** | **Instituição** | **Período** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

\*(G) Graduação, (E) Especialização, (A) Aperfeiçoamento, (M) Mestrado

1. Já obteve bolsa de estudos? ( ) Sim ( ) Não

Em caso afirmativo, indique abaixo:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Órgão fin.† | Nível \* | Instituição | Local | Período |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

† Exemplo: CNPq, CAPES. FAPEAM;

* (G) Graduação, (E) Especialização, (M) Mestrado

Local:......................................... Data:....../....... /........ Assinatura:................................................