# APENDICE V

FOTO DO CANDIDATO

**Inscrição nº**

**Candidato preencher**

**não**

**deve**

## EQUERIMENTO E COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO SELEÇÃO PARA MESTRADO PPGCIS

**R**

**INGRESSO EM 2023 PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO CANDIDATO**

**Nome completo:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Mãe****FILIAÇÃO:** |  |
| **Pai**   |

**NATURALIDADE**

**Cidade:**

**Estado:**

**País:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATA DE NASCIMENTO:**  | **ESTADO CIVIL:**  | **SEXO: Masc** | ( ) | **Fem** | () |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **C.I. nº:** |  | **Órgão****:** |  | **Estado****:** |  | **Nº CPF:** |  |

|  |
| --- |
| **ENDEREÇO RESIDENCIAL COMPLETO** |
| **Rua ou Avenida** | **Nº** | **Complemento** |
| **Bairro** | **CEP** | **Cidade** | **Estado** |  | **Celular** |
| E-mail residencial | E-mail profissional |

|  |
| --- |
| **DIPLOMA DE GRADUAÇÃO** |
| Curso | Universidade | Data de Conclusão |
| **LOCAL DE TRABALHO DO CANDIDATO (a)** |
| Vínculo empregatício: sim ( ) não ( ) Instituição/Empresa:  |
| Regime de trabalho/carga horária semanal: 20 horas ( ) 40 horas( ) dedicação exclusiva ( ) outro ( ) especificar Profissão/trabalho: |
| Endereço institucional: |
| CEP:  | Cidade: |  | UF: | Telefone/ramal: ( ) |

|  |  |
| --- | --- |
| **INSCRIÇÃO REALIZADA PARA CONCORRER ÀS VAGAS:****(Marcar apenas uma opção)** | ( ) Regulares( ) Suplementares (Port.Norm.1205/16 e Port. Norm. 396/16) |
| **Candidato se autodeclara:** | **( ) Negro ( ) Pardo ( ) Indígena (Res. CONSEPE nº 10/2016)****( )Pessoa com deficiência–**Necessário comprovação com laudo médico |
| **LINHA DE PESQUISA:** | **( ) I - Pesquisa Clínica e Saúde Pública**; |
| **( ) II - Saúde baseada em Evidência;** |
| **( ) III- Gestão, ética/bioética e tecnologia em saúde** |
| **PROFESSOR(a)/ORIENTADOR(a) :** |  |
| **DEDICAÇÃO EXCLUSIVA** | **AO** | **CANDIDATO A BOLSA NO PPGCIS CASO TENHA** |
| **PPGCIS:****( ) SIM ( ) NÃO** |  | ( ) **SIM (** **) NÃO ( ) Não sei** |
| **Candidato a matrícula em qual período** | **( ) Primeiro semestre de 2023 ( ) Segundo semestre de 2023** |

Declaro, para fins de direito, conhecer e concordar com as normas gerais relativas à Seleção e Ingresso, fixadas pelos Edital nº¨ 073/2022 - PROPESP, Regimento Geral de Pós-Graduação da Universidade Federal do Amazonas - UFAM e pelo Regimento Interno do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde - PPGCIS.

**TERMO DE COMPROMISSO DO CANDIDATO**

Local:,,,\_\_\_\_\_\_\_ Data: xx/xx /2023

Assinatura: