|  |
| --- |
| **FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO 2024** |
| **DADOS PESSOAIS DO CANDIDATO** |
| NOME COMPLETO (sem abreviações): |
| DATA DENASCIMENTO: | SEXO:Masculino ( ) Feminino ( ) | CPF: | POSSUI NECESSIDADE ESPECIAL:SIM ( ) NÃO ( ) |
| RG: | ÓRGÃO EMISSOR: | DATA DE EMISSÃO: | NACIONALIDADE: |
| ENDEREÇO RESIDENCIAL: | CIDADE: | UF: | CEP: |
| CELULAR: | TELEFONE RESIDENCIAL: | EMAIL: |
| POSSUI VÍNCULO EMPREGATÍCIO? ( ) Sim ( ) Não | NECESSITARÁ DE BOLSA? ( ) Sim ( ) Não |
| **PROVÁVEL ORIENTADOR ESCOLHIDO (Marque apenas um “X’)** |
| ( ) Ana Lígia Leandrini de Oliveira ( ) Emersom Silva Lima( ) Igor Rafael dos Santos Magalhães( ) João Vicente Braga de Souza ( ) José Pereira de Moura Neto( ) Keyla Emanuelle Ramos de Holanda( ) Patrícia Danielle Oliveira de Almeida ( ) Tatiane Pereira de Souza( ) Waldireny Rocha Gomes( ) Wuelton Marcelo Monteiro |
| **DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS DE INSCRIÇÃO** |
| ( ) Formulário de inscrição devidamente preenchido;( ) Comprovante de pagamento da taxa de inscrição no valor de R$ 100,00 (cem reais); | PREENCHIMENTO PELA COMISSÃO DE SELEÇÃO:Parecer da Comissão:( ) Inscrição deferida( ) Inscrição indeferidaManaus, \_ / / Presidente da Comissão |

VAGA A QUE CONCORRE (marcar apenas uma das opções)

Vaga suplementar para cotistas (3 vagas)

Vaga regular (12 vagas)

Declaro para o fim específico de atender ao edital de seleção para o curso de mestrado do PPGCF/UFAM que sou PRETO PARDO INDÍGENA PESSOA COM DEFICIÊNCIA. Estou ciente de que, se for detectada a falsidade

desta declaração, estarei sujeito a penalidades legais.

|  |
| --- |
| **TERMO DE COMPROMISSO DO SOLICITANTE** |
| Declaro, para fins de direito, ter conhecimento do inteiro teor do Edital de seleção e das normas gerais relativas à Seleção eIngresso fixadas pelo Regimento Geral de Pós-Graduação da Universidade Federal do Amazonas e pelo Regimento Interno do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas e concordo com o disposto. |
| Manaus, \_ / /2024 | Assinatura: \_ |

Obs.: Preencher de forma legível.