**ANEXO I: FICHA DE INSCRIÇÃO**

FOTO

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MESTRADO**  **Área de Concentração**  **Saúde Coletiva** | | **Linhas de Pesquisa** | | | | | | **Ciências Sociais e Saúde** | | | | | | | | | | |
| **Modo de Vida, Morbimortalidade e Atenção à Saúde** | | | | | | | | | | |
| **Política, Planejamento e Gestão em Saúde** | | | | | | | | | | |
| INFORMAÇÕES GERAIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome: | | | | | | | | | | | | | | | | Estado Civil: | | |
| Nome Social: | | | | | | | | | | Raça ou Etnia: | | | | | | | | |
| Filiação: Pai: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mãe: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | Naturalidade: | | | | | | | | | CPF: | | | | | |
| Identidade: | | | | Expedição órgão: | | | | | | | Data: | | | | | | | |
| Endereço: | | | | | | | | | | | | | | | | | Nº: | |
| Complemento: | | | | | | | | | | | | | | Bairro: | | | | |
| Cidade: | | | | | UF: | | | CEP: | | | | | Telefone Fixo: ( ) | | | | | |
| Celular: ( ) | | | | | | | E-mail: | | | | | | | | | | | |
| **FORMAÇÃO ACADÊMICA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Curso de Graduação: | | | | | | Instituição: | | | | | | | | | Ano Conclusão: | | | |
| Pós-Graduação: | | | | | | Instituição: | | | | | | | | | Ano Conclusão: | | | |
| Bolsista: ( ) Sim ( ) Não | | | Órgão de Fomento: | | | | | Período | | | | De \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| **INFORMAÇÕES PROFISSIONAIS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vínculo com Instituição Pública de Ensino? ( ) Sim ( ) Não  Período do vínculo: de \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  Cargo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | Nome da instituição:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |
| Vínculo com Instituição Privada de ensino? ( ) Sim ( ) Não  Período do vínculo: de \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  Cargo: | | | | | | | | | Nome da instituição:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |
| Vínculo com Instituição Pública diversa? ( ) Sim ( ) Não  Período do vínculo: de \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  Cargo: | | | | | | | | | Nome da instituição:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |
| **BOLSA CAPES** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O critério para concorrer à bolsa é não ter nenhum tipo de vínculo empregatício, inclusive outras bolsas de fomento. | | | | | | | | | Deseja concorrer à Bolsa Capes: ( ) Sim ( ) não  A distribuição das Bolsas Capes, será por ordem de classificação, independente da linha de pesquisa. | | | | | | | | | |
| Data:\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ | | Assinatura do(a) Candidato(a) | | | | | | | | | | | | | | | | |