**ANEXO II - FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO – STRICTO SENSU**

DADOS PARA A INSCRIÇÃO

|  |
| --- |
| Nº do passaporte do candidato: Data de validade: |
| Nome do Curso: |
| **Assinale a Linha de Pesquisa e o projeto que deseja concorrer à vaga (veja definição das linhas e projetos no item 1.6 da chamada pública)** |
| ( ) **Linha 1: Fatores sócio biológicos no processo saúde-doença na Amazônia** |
| Assinale o projeto para desenvolver a pesquisa: |
| ( ) Projeto Fatores 1.1 ( ) Projeto Fatores 1.2. |
| ( ) **Linha 2:** **Processo Saúde, Doença e Organização da Atenção a populações indígenas e outros grupos em situações de vulnerabilidade** |
| Assinale o projeto para desenvolver a pesquisa:  ( ) Projeto Processo Saúde 2.1 ( ) Projeto Processo Saúde 2.2 |
| Ano da oferta do Mestrado Acadêmico: 2019 (uso exclusivo do serviço) |
| Deseja concorrer à uma bolsa de estudo? (preenchimento obrigatório) ( ) SIM ( )NÃO |

DADOS E DOCUMENTOS DO(A) CANDIDATO(A)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome do(a) candidato(a): | | | Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino | |
| E-mail: | | | Estado Civil: | |
| Nome do pai: | | | | |
| Nome da mãe: | | | | |
| Data do nascimento: | | Nacionalidade: | | |
| Cor e/ raça: **( )** Branca  **( )** Parda **( )** Preta **( )** Indígena, ou **( )** Amarela | | | | |
| País: | Estado: | | | Cidade: |

ENDEREÇO RESIDENCIAL NO PAÍS DE ORIGEM

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Logradouro: | | | |
| Complemento: | | | Número: |
| País: | Estado: | Cidade: | Bairro: |
| Nº Telefone convencional: | | Nº do Celular: | |

CURSO DE GRADUAÇÃO

|  |  |
| --- | --- |
| Instituição: | |
| Nome do Curso: | Ano da titulação: |
| Título: | |

DADOS PROFISSIONAIS NO PAÍS DE ORIGEM

|  |  |
| --- | --- |
| Atividade Principal: | Tipo de vínculo: |
| Ocupação: | Manterá vínculo durante o curso? |
| Local de Trabalho: | |
| Tempo de serviço: | |

ENDEREÇO PROFISSIONAL NO PAÍS DE ORIGEM

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Instituição: | | | Departamento: | | |
| Logradouro: | | Complemento: | | | Número: |
| País: | Estado: | | | Cidade: | |
| Bairro: | Telefone fixo: | | | Celular: | |

**Atesto que todos os dados neste formulário estão corretos e são verídicos.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do(A) candidato(A)