**ANEXO I**

**FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO**

|  |
| --- |
| Nome do Curso**: Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia** |
| **Assinale a Linha de Pesquisa e a área de escolha para o certame (leia detalhes na Chamada Pública)** |
| ( ) **Linha 1: Fatores sócio biológicos no processo saúde-doença na Amazônia** (antes de assinalar a área temática, leia com atenção a chamada pública) |
| ( ) Área Temática 1.1 ( ) Área Temática 1.2 ( ) Área Temática 1.3 |
| ( ) **Linha 2:** **Processo Saúde, Doença e Organização da Atenção a populações indígenas e outros grupos em situações de vulnerabilidade** (antes de assinalar a área temática, leia com atenção a chamada pública) |
| ( ) Área Temática 2.1 ( ) Área Temática 2.2 ( ) Área Temática 2.3 |
| **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: | | |
| **MODALIDADE DE VAGA QUE DESEJA CONCORRER** | | | | | | | |
| ( ) Livre concorrência | **Cota** | | | | | | | |
| ( ) Negro (preto e pardo) | | ( ) Indígena | | ( ) Portador de necessidade especial | | | |

ENDEREÇO RESIDENCIAL

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

CURSO DE GRADUAÇÃO

|  |  |
| --- | --- |
| Instituição: | |
| Nome do Curso: | Ano da titulação: |
| Título: | |
| Nº de registro do diploma: | |

DADOS PROFISSIONAIS

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Atividade Principal: | | | Tipo de vínculo: | | |
| Ocupação: | | | Manterá vínculo durante o curso? ( )Sim ( )Não | | |
| Instituição de Trabalho: | | | | | |
| Tempo de serviço: | | | | | |
| Rua: | | Complemento: | | | Número: |
| Bairro: | Telefone fixo: | | | Celular: | |
| País: | Estado: | | | Cidade: | |

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

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

Assinatura do(A) candidato(A)