**ANEXO I - FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO**

|  |
| --- |
| Nome do Curso**: DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA NA AMAZÔNIA** |
| **Assinale a Linha de Pesquisa e o projeto de escolha para o certame (leia detalhes na Chamada Pública)** |
| ( )**Linha 1: Dinâmica, diagnóstico, cuidado clínico e controle de doenças infecciosas endêmicas na Amazônia** |
| Projetos: ( )**L1P1** ( ) **L1P2** |
| ( )**Linha 2: Vulnerabilidade, Situações de Saúde, Gestão, Organização e Avaliação de Serviços e Cuidados de APS na Amazônia** |
| Projetos: ( )**L2P1** ( ) **L2P2** ( )**L2P3** ( ) **L2P4** ( ) **L2P5** ( ) **L2P6** |
| **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: | | | Nascimento:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ | | | | | Estado Civil: | |
| Nome do pai: | | | | | | | | | |
| Nome da mãe: | | | | | | | | | |
| 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: | | | | Nº |
| Complemento: | | | Nº do Celular: | |
| País: | Estado: | Cidade: | Bairro: | |

CURSO DE GRADUAÇÃO

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Instituição: | Nº do Registro: | |
| Nome do Curso: | | Ano da titulação: |
| Título: | | |
| **CURSO DE MESTRADO** | | |
| Instituição | Nº do Registro: | |
| Nome do Curso: | | Ano da titulação: |
| Título: | | |

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)