**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)