**FICHA DE INSCRIÇÃO – SELEÇÃO PPgMS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nº. de Inscrição | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | Nível | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Linha Pesquisa Professor-Orientador | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nacionalidade | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | Data de Nascimento | | | | | | | | | | |  | | | | |
| Naturalidade | | | | | | | |  | | | | | | | | | | Estado | |  | | | | | | | | | | Estado Civil | | | | | |  | | |
| Diplomado em | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Ano | |  |
| Instituição | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Carteira de Identidade nº. | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | Órgão Emissor | | | | | | | | | |  | | | | |
| UF | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | Data de Emissão | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| Título de Eleitor nº. | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | Zona | | | | |  | | | | | | | | | | Seção | | |  | |
| CPF | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | Carteira de Reservista nº. | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| Nome da Mãe | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome do Pai | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Endereço residencial completo | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Bairro | | | | |  | | | | | |
| CEP |  | | | | | | | | | | | | | Cidade | | |  | | | | | | | | | | | Estado | | | | |  | | | | | |
| Tel. Residencial | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | Tel. Celular | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Fax | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | E-mail | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Empresa onde trabalha | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Endereço comercial | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bairro | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | CEP | | | |  | | | |
| Cidade | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | Estado | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Telefone Comercial | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | Fax | | | | |  | | | | | | | |
| Cargo/função | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Em exercício (Sim ou Não) | | | | | | | | | | | |  |
| Docente | | | | SIM | | | | | NÃO | | INSTITUIÇÃO: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Professor-orientador credenciado pelo PPgMS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | CPF | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |
| Instituição | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Tel. | | | | |  | | | | | | |
| AUTODECLARAÇÃO E OPÇÃO POR RESERVA DE VAGA (Resolução CAE 01/2017) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AUTODECLARAÇÃO: (É possível assinalar mais de uma opção) | | | | | | | | | | | | | | | ( ) Amarelo (segundo o IBGE) ( ) Branco (segundo o IBGE)  ( ) Indígena (segundo o IBGE) ( ) Pardo (segundo o IBGE)  ( ) Preto (segundo o IBGE) ( ) Quilombola  ( ) Pessoa com Deficiência ( ) Pessoa Trans (Transexual,  Travesti ou Transgênero) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INSCRIÇÃO | | | | | | | | | | | | | | | ( ) Concorrerei à política de reserva de vagas  ( ) Não concorrerei à política de reserva de vagas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ao optar por concorrer à política de reserva de vagas, concorrerei à modalidade ao lado, declarando-me: (Assinale apenas uma opção) | | | | | | | | | | | | | | | ( ) Negro (Preto ou Pardo)  ( ) Indígena  ( ) Pessoa com Deficiência  ( ) Quilombola  ( ) Pessoa Trans (Transexual, Travesti ou Transgênero) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Declaro que as informações contidas neste formulário são completas e verdadeiras

,

Local/Data Assinatura do Aluno ou Procurador

Local/Data Assinatura do Orientador