

**ANEXO 1**  
**FICHA DE INSCRIÇÃO PARA SELEÇÃO (DOUTORADO)**

**TURMA ANO: 2021**

NOME: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO RESIDENCIAL:

\_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ APTº \_\_\_\_\_

BAIRRO \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ CIDADE \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_

TELEFONE CONVENCIONAL \_\_\_\_\_ CELULAR \_\_\_\_\_

E-mail (usar letra de forma)

\_\_\_\_\_

FILIAÇÃO:

PAI \_\_\_\_\_

MÃE \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NATALIDADE (CIDADE/UF): \_\_\_\_\_ NACIONALIDADE: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

IDENTIDADE: \_\_\_\_\_

ÓRGÃO DE EXPEDIÇÃO: \_\_\_\_\_ DATA DE EXPEDIÇÃO: \_\_\_\_\_

TÍTULO DE ELEITOR: \_\_\_\_\_ ZONA: \_\_\_\_\_

SEÇÃO: \_\_\_\_\_

REGISTRO NO CONSELHO REGIONAL: \_\_\_\_\_

CURSO DE GRADUAÇÃO: \_\_\_\_\_

ANO DE CONCLUSÃO: \_\_\_\_\_ IES: \_\_\_\_\_

MESTRADO (NOME DO CURSO): \_\_\_\_\_

ANO DE CONCLUSÃO: \_\_\_\_\_ IES: \_\_\_\_\_

POSSUI VINCULO EMPREGATÍCIO: SIM( ) NÃO( )

ENDEREÇO DO TRABALHO \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ TELEFONE/FAX: \_\_\_\_\_

HORÁRIO DE TRABALHO: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO DO TRABALHO \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ TELEFONE/FAX: \_\_\_\_\_

HORÁRIO DE TRABALHO: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO DO TRABALHO \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ TELEFONE/FAX: \_\_\_\_\_

HORÁRIO DE TRABALHO: \_\_\_\_\_

Vem requerer **inscrição para seleção** ao Curso de Doutorado em Ciências da Saúde- UPE e declarar estar ciente e de acordo com o edital do referido Curso:

() Venho requerer inscrição para seleção neste Programa, para a qual segue acompanhado a documentação solicitada nos itens 1,2,3 e seus subitens. Em casos pertinentes anexo V, ou anexo VI ou anexo VII

() Atesto que declarei todos os vínculos empregatícios que possuo;

() Declaro que são de minha inteira responsabilidade as informações que prestei referentes aos itens anexo V (servidores da UPE) anexo VI (Pessoa com Deficiência) e anexo VII (auto declaração indígena);

() Atesto que tenho ciência (a) que o curso de Doutorado em Ciências da Saúde ocorre em tempo INTEGRAL e assumo o compromisso de estar disponível para realizar todas as atividades do curso em, no máximo, 48 meses, conforme regras da CAPES;

() Declaro que li e conheço o Regimento Interno vigente do PPGCS/UPE na íntegra (modelo disponível: <http://w2.portais.atrilo.scire.net.br/upe-csaude/index.php/pt/>)

() Estou ciente também que **para defender a tese terei que ter dois artigos, o primeiro artigo publicado ou aceito, e o segundo no formato de “draft” ou submetido em revista de qualis A1, A2, A3 e A4**

() Estou ciente que, em caso de aprovação, não há garantias de bolsas de estudo, para tal, o orientador deverá solicitar à FACEPE uma quota, via PPGCS/UPE, conforme edital divulgado pelo órgão de fomento.

Neste termo, pede deferimento.

Recife, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) candidato (a)