

ANEXO I (3 páginas)
FICHA DE INSCRIÇÃO PARA SELEÇÃO (DOUTORADO)
Página 1/3)

TURMA ANO: 2022

NOME: _____

ENDEREÇO RESIDENDICAL: _____

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: _____

CURSO DE 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 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.atrrio.scire.net.br/upe-csaude/>);

() Estou ciente também que **para defender a tese terei que ter um artigo publicado ou aceito em periódico científico indexado com fator de impacto maior ou igual a 1,5 na base JCR ou nos extratos superiores orientados pela CAPES para a área da Medicina I, e o segundo artigo no formato de “draft” ou submetido em revista sob os mesmos critérios já descritos**

() 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)