**ANEXO II**

**FICHA DE INSCRIÇÃO**

**DADOS PESSOAIS:**

**Nome:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nome da mãe:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nome do pai:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Estado Civil:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Data de Nascimento:** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

**Naturalidade:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sexo:** ( ) Feminino ( ) Masculino ( ) Não Informado

**Raça/Cor:** ( ) Amarela ( ) Branca ( ) Indígena ( ) Parda ( ) Preta ( ) Não Declarado

**ENDEREÇO:**

**Endereço Completo:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Bairro:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **CEP:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Cidade:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Tel. Celular:**( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**E-mail:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DOCUMENTOS:**

**R.G:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Órgão emissor-UF:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Data de emissão:** \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

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

**Título de eleitor:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Seção:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Zona:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Data de emissão:** \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

**Certificado de reservista:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Órgão emissor-UF:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Data de emissão:** \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

**Nº. Passaporte (apenas para estrangeiro):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FORMAÇÃO ACADÊMICA:**

**Curso de Graduação:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Ano de Conclusão:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Instituição:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Tipo:** ( ) Público ( ) Privado **Cidade:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **UF:** \_\_\_\_\_\_

**ASSINALE A LINHA DE PESQUISA QUE ESTÁ CONCORRENDO:**

Obs.: Indicar apenas UMA linha de pesquisa e DOIS prováveis orientadores nesta linha (Indicar com o número “1” a sua 1ª opção e com o número “2” a sua 2ª opção).

**( ) Linha de pesquisa: Doenças e agravos não transmissíveis**

*Indique dentre os orientadores abaixo a sua 1ª e 2ª opção:*

( ) Adriana Santi

( ) Franciane Rocha de Faria Barbosa

( ) Magda de Mattos

( ) Marcelo Biondaro Gois

( ) Marcondes Alves Barbosa da Silva

**( ) Linha de pesquisa: Doenças emergentes, infecciosas e negligenciadas**

*Indique dentre os orientadores abaixo a sua 1ª e 2ª opção:*

( ) Bruno Moreira Carneiro

( ) Debora Aparecida da Silva Santos

( ) Joao Gabriel Guimaraes Luz

( ) Juliana Helena Chavez-Pavoni

( ) Letícia Silveira Goulart

( ) Ludiele Souza Castro

( ) Patrícia de Lima Lemos

**DECLARO** que este pedido contém informações completas e exatas, que aceito o sistema e os critérios adotados por este Programa de Pós-graduação neste processo de avaliação. Em caso de aprovado me comprometo a cumprir fielmente seu regimento interno.

Rondonópolis, \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2023.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) candidato(a)