**ANEXO I**

**Ficha de Inscrição do Edital Nº 024/2017** - PROCISA/UFRR

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| * + - 1. **DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**
 |
| NOME COMPLETO:  | DATA DE NASC. |
| SEXO : ( ) Masculino  ( ) Feminino  | CPF: | IDENTIDADE: | ORGÃO EMISSOR: | UF: | DATA DE EMIISSÃO: |
| Nº TITULO DE ELEITOR: | Nº CARTEIRA DE RESERVISTA: | NACIONALIDADE: | NATURALIDADE: | VISTO PERMANTENTE: ( ) SIM ( ) NÃO |
| ENDEREÇO RESIDENCIAL (RUA/ AV): |
| BAIRRO: | CEP: | CIDADE: | UF: | PAÍS: |
| E-MAIL: |
| DDD: | TEL: | DDD:  | CEL: |
| * + - 1. **INFORMAÇÕES SOBRE AS ESPECIFICIDADES DA INSCRIÇÃO DO PROCESSO SELETIVO**
 |
| 2.1 - INSCRIÇÃO NO GRUPO: | ( ) GRUPO I | ( ) GRUPO II | ( ) GRUPO III | ( ) GRUPO IV | ( ) GRUPO V |
| Pessoa com deficiência | Renda familiar bruta igual ou inferior a 1,5 salário-mínimo per capita | Autodeclarado s pretos e pardos  | Autodeclarados indígenas | Ampla concorrência |
| * Aluno com necessidades especiais: Indicar os recursos materiais que necessita para a realização da Prova Escrita:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Candidata Lactante ( ) Não ( ) Sim |

|  |
| --- |
| * + - 1. **ÁREA DE CONCENTRAÇÃO**
 |
| ( ) Gestão de Sistema de Saúde  |  ( ) Modelos de Atenção e Vigilância em Saúde  |

|  |
| --- |
| **3.1. LINHA DE PESQUISA** |
| a) ( ) Saúde, Educação e Meio Ambiente | b) ( ) Diversidade Sociocultural, Cidadanias e Modelos de Atenção à Saúde |
| 1. ( ) Política, Gestão e Sustentabilidade de Sistemas e Programas de Saúde
 | 1. ( ) Vigilância Epidemiológica e Indicadores de Agravos à Saúde na Fronteira Pan-Amazônica
 |

|  |
| --- |
| **INDIQUE APENAS UM NOME DO POSSIVEL ORIENTADOR, CONFORME LISTA DO ANEXO II, COMBINADO COM OS SUBITENS 5.3 E 5.4, DESTE EDITAL** |
|  |

|  |
| --- |
| * + - 1. **COMPROVAÇÃO DE PROFICIÊNCIA EM LÍNGUA ESTRANGEIRA**
 |
| 1. ( ) Inglês
 | 1. ( ) Francês
 | 1. ( ) Espanhol
 | 1. Não tem
 |
| **5. ATUAÇÃO PROFISSIONAL** |
| Indique a(s) instituição(ões), data de início, tipo de atividade e horário das atividades que desenvolve na atualidade. |
| INSTITUIÇÃO | INICIO (mês/ano)  | TIPO DE ATIVIDADE | HORA POR SEMANA |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **5.1. FORMAÇÃO ACADEMICA - GRADUAÇÃO** |
| NOME DO CURSO:   | ANO DE CONCLUSÃO: |
| INSTITUIÇÃO: |
| CIDADE: | ESTADO:  | PAÍS: |
| NOME DO CURSO: | ANO DE CONCLUSÂO: |
| INSTITUIÇÃO: |
| CIDADE: | ESTADO:  | PAÍS: |

|  |
| --- |
| **5.2. FORMAÇÃO ACADEMICA - PÓS-GRADUAÇÃO** |
| NOME DO CURSO:   | AREA DE CONHECIMENTO: | NIVEL: ( ) Lato sensu ( ) Stricto sensu |
| INSTITUIÇÃO: | ANO DE CONCLUSÃO: |
| CIDADE: | ESTADO:  | PAÍS: |
| NOME DO CURSO: | AREA DE CONHECIMENTO: | NIVEL: ( ) Lato sensu ( ) Stricto sensu |
| CIDADE: | ESTADO:  | PAÍS: |

|  |
| --- |
| Por meio da ficha de inscrição devidamente preenchida, contendo informações verídicas, solicito minha inscrição no processo seletivo do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde - PROCISA – UFRR e declaro que as informações prestadas na ficha de inscrição são fidedignas e que aceito os critérios adotados pela Instituição para avaliar o processo seletivo descritos no Edital nº 024/2017 - PROCISA. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Local Data Assinatura do candidato |

 |

**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome: |  | Nº de Inscrição: |  |
| INSCRIÇÃO NO GRUPO: | GRUPO I | GRUPO II | GRUPO III | GRUPO IV | GRUPO V |
|  |  |  |  |  |
| **AREAS DE CONCENTRAÇÃO** |
|  ( ) Gestão de Sistema de Saúde  | ( ) Modelos de Atenção e Vigilância em Saúde  |

|  |
| --- |
| **LINHAS DE PESQUISA** |
|  ( ) Saúde, Educação e Meio Ambiente |  ( ) Diversidade Sociocultural, Cidadanias e Modelos de Atenção à Saúde |
|  ( ) Política, Gestão e Sustentabilidade de Sistemas e Programas de Saúde |  ( ) Vigilância Epidemiológica e Indicadores de Agravos à Saúde na Fronteira Pan-Amazônica |

|  |
| --- |
| **PROVA DE POFICIÊNCIA EM LINGUA ESTRANGEIRA** |
| ( ) Inglês | ( ) Francês | ( ) Espanhol | ( ) Não tem |
| Local: | Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_  | Ass. do Servidor: |