|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| UFU.gif | **Brasão.gif****SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA FACULDADE DE MEDICINA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE** | pgcs.png |

|  |
| --- |
| Nome:  |
| Nacionalidade: Estado Civil:  |
| Data Nascimento: / / Cidade: Sigla Estado:  |
| Identidade: SSP- CPF:  |
| Endereço: Bairro:  |
| CEP: Cidade: UF:  |
| Telefone (s): (Fixo) ( celular):  | e-mail:  |
| Graduado no curso de: no ano de: IES:  |
| \*O não preenchimento de todos os campos do formulário implicará no indeferimento da inscrição.Solicita vaga para o curso de: Mestrado Acadêmico ( ) Mestrado Profissional ( ) Doutorado ( )  Ampla concorrência ( ) Pretos, pardos e indígenas(Resolução 06/2017 CONPEP) ( ) Pessoas com deficiência (resolução 06/2017 CONPEP)( )Linha de pesquisa (conforme item caracterização deste edital ) : Linha 1 ( ) Linha 2 ( ) Linha 3 ( )Indique o nome de um professor do programa para orientá-lo? (Preencher confome Anexo V) A indicação do nome do docente não é garantia de que este docente fará a orientação do aluno que o indicou, a indicação final do orientador do aluno é uma prerrogativa do Colegiado de curso obedecendo a critérios de classificação do aluno no processo seletivo.**Nome do docente:**  **Título do Trabalho do projeto de pesquisa do candidato:**   |
| Requer sua inscrição no processo seletivo para ingresso no Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, para o que junta a este formulário, devidamente preenchido, a documentação exigida no Edital. |
|  Termos em que pede deferimento.  Uberlândia, de de . Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Anexo IV - Formulário de Inscrição do Mestrado Acadêmico, Mestrado Profissional e Doutorado. \*O não preenchimento de todos os campos do formulário implicará no indeferimento da inscrição.