



Pós-Graduação Ciências Biomédicas

**Fisiologia | Farmacologia**

**uff** Universidade Federal Fluminense

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS BIOMÉDICAS (FISIOLOGIA E FARMACOLOGIA)  
FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO PARA PROCESSO SELETIVO**

<b>ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM QUE PRETENDE ATUAR:</b> ( ) Fisiologia ( ) Farmacologia
<b>NÍVEL DA SELEÇÃO:</b> ( ) Mestrado ( ) Doutorado

<b>DADOS PESSOAIS:</b>
NOME:
DATA DE NASCIMENTO:
RAÇA/COR: ( ) branca ( ) preta ( ) parda ( ) amarelo ( ) indígena ( ) não declarado * o candidato preto, pardo ou indígena que desejar participar do processo seletivo dentro da política de ações afirmativas deve preencher também o formulário de autodeclaração de preto, pardo ou indígena disponibilizado no site do programa.
PESSOA COM DEFICIÊNCIA? ( ) sim ( ) não ( ) não quero declarar * o candidato com deficiência que desejar participar do processo seletivo dentro da política de ações afirmativas deve preencher também o formulário de autodeclaração de pessoa com deficiência disponibilizado no site do programa .
POSSUI FILHO MENOR QUE 12 ANOS? ( ) sim ( ) não ( ) não quero declarar * a candidata mãe que desejar participar do processo seletivo dentro da política de ações afirmativas para a maternidade deve anexar a certidão de nascimento do filho(a) mais novo junto com os demais documentos de inscrição
<b>O(A) CANDIDATO(A) PODE OPTAR POR PARTICIPAR DE APENAS UMA POLÍTICA DE AÇÃO AFIRMATIVA POR PROCESSO SELETIVO.</b>
<b>Desejo participar da seguinte política de ação afirmativa:</b> ( ) Para negros (pretos ou pardos) ou indígenas ( ) Para pessoas com deficiência ( ) Para mães de crianças até 12 anos





Pós-Graduação Ciências Biomédicas

**Fisiologia | Farmacologia**

**uff** Universidade Federal Fluminense

FILIAÇÃO:		
PAI:		
MÃE:		
NACIONALIDADE:		
NATURALIDADE:		
IDENTIDADE:	ÓRGÃO:	CPF:
ESTADO CIVIL:		
OCUPAÇÃO ATUAL (ATIVIDADE E LOCAL):		
ENDEREÇO RESIDENCIAL		
RUA:		
BAIRRO:	CIDADE:	UF:
CEP:	TEL.:	TEL.2:
E-MAIL:		
FORMAÇÃO ACADÊMICA		
GRADUAÇÃO: ( ) BACHARELADO ( ) LICENCIATURA		
CURSO:		
INSTITUIÇÃO:	ANO DE CONCLUSÃO:	
PÓS-GRADUAÇÃO:		





Pós-Graduação Ciências Biomédicas

**Fisiologia | Farmacologia**

**uff** Universidade Federal Fluminense

CURSO:	
INSTITUIÇÃO:	ANO DE CONCLUSÃO:
CURSO:	
INSTITUIÇÃO:	ANO DE CONCLUSÃO:
INSTITUIÇÃO DE VÍNCULO EMPREGATÍCIO:	
FUNÇÃO:	
Liberação da Instituição de Vínculo para o Curso:	
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Com Salário. <input type="checkbox"/> Sem Salário	
<input type="checkbox"/> MARQUE AQUI NO CASO DE SER ESTRANGEIRO* E INDIQUE SUA LÍNGUA MATERNA:	
* OS ESTRANGEIROS FARÃO OBRIGATORIAMENTE PROVA DE PORTUGUÊS	





Declaração

Eu \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_

declaro, para os devidos fins, que tomei conhecimento das condições estabelecidas no EDITAL PPGCB\_\_\_\_/\_\_\_\_, estando de acordo com as mesmas.

Niterói, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

