**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS BIOMÉDICAS (FISIOLOGIA E FARMACOLOGIA)**

**FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO PARA PROCESSO SELETIVO**

| **ÁREA DE CONCENTRAÇÃO DO DOUTORADO:**  ( ) Fisiologia ( ) Farmacologia |
| --- |

| **DADOS PESSOAIS:** |
| --- |
|  |
| 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 |
| **O(A) CANDIDATO(A) PODE OPTAR POR PARTICIPAR DE APENAS UMA POLÍTICA DE AÇÃO AFIRMATIVA POR PROCESSO SELETIVO.**    **Desejo participar da seguinte política de ação afirmativa:**  **( ) Para negros (pretos ou pardos) ou indígenas**  **( ) Para pessoas com deficiência**  **( ) Para mães de crianças até 12 anos** |

|  |
| --- |
| FILIAÇÃO: |
| PAI: |
|  |
| MÃE: |
|  |
| NACIONALIDADE: |
|  |
| NATURALIDADE: |
|  |
| IDENTIDADE: ÓRGÃO: CPF: |
|  |
| ESTADO CIVIL: |
|  |
| ENDEREÇO RESIDENCIAL |
| RUA: |
| BAIRRO: CIDADE: UF: |
| CEP: TEL.: |
|  |
| E-MAIL: |
| FORMAÇÃO ACADÊMICA |
|  |
| GRADUAÇÃO: ( ) BACHARELADO ( ) LICENCIATURA |
|  |
| CURSO: |
|  |
| INSTITUIÇÃO: ANO DE CONCLUSÃO: |
| PÓS-GRADUAÇÃO (MESTRADO): |
|  |
| CURSO: |
|  |
| INSTITUIÇÃO: ANO DE CONCLUSÃO: |
|  |
| NÚMERO DA MATRÍCULA NO DOUTORADO DO PPGCB: |
| INÍCIO: |
| PROVÁVEL ANO DE CONCLUSÃO: |
| ORIENTADOR: |
|  |
| **País que pretende realizar o doutorado sanduíche:** |
| **Nome do orientador no exterior:** |

# Declaração

Eu, XXXXXXXXX, CPF XXXXXXXXXX declaro, para os devidos fins, que tomei conhecimento das condições estabelecidas no Edital PPGCB 3/2024, estando de acordo com as mesmas.

Niterói, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_ de 202\_\_.

Assinatura