|  |
| --- |
| **FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO – SELEÇÃO MESTRADO/DOUTORADO**  **Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - PPGSC** |

|  |  |
| --- | --- |
| **TERMO DE ACEITE PARA TRATAMENTO DE DADOS: A Universidade de Fortaleza (UNIFOR) está ciente de que os dados que você irá informar em seguida são protegidos pela Lei Geral de Proteção de Dados (L13709/18). Por isso, antes de continuar com o seu atendimento, apresentamos um resumo sobre o tratamento dos seus dados pessoais. Os dados pessoais coletados a seguir serão tratados pela Universidade de Fortaleza para fins de processamento de sua matrícula e prestação de serviços educacionais. Tais dados não serão compartilhados com outras instituições, exceto com aquelas que prestem serviços para a UNIFOR, o que se dará de acordo com nossas instruções. A Universidade de Fortaleza (UNIFOR) recomenda que você acesse e leia a Política de Privacidade que está disponível em https://www.unifor.br/politica-de-privacidade, a fim de obter outras informações a respeito das atividades de tratamento de dados pessoais que realiza. Caso pretenda tratar de alguma questão específica relacionada a privacidade/proteção de dados pessoais, você pode entrar em contato com nosso Encarregado de Proteção de Dados, o que poderá fazer via e-mail: atendimento.epd@unifor.br.** | |
| **( ) CONCORDO** | **( ) NÃO CONCORDO** |

|  |  |
| --- | --- |
| **MESTRADO ( )** | **DOUTORADO ( )** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DADOS PESSOAIS** | | | | | | | | | | | | |
| **NOME:** | | | | | | | | | | | | |
| **RAÇA/COR:** | **BRANCA**  **( )** | **PRETA**  **( )** | | | | **PARDA**  **( )** | | **INDÍGENA**  **( )** | | | **AMARELA**  **( )** | **NÃO DECLARAR**  **( )** |
| **DATA DE NASCIMENTO:** | | | | | | | **ESTADO CIVIL:** | | | | | |
| **GÊNERO:** | **MASCULINO ( )** | | | **FEMININO ( )** | | | **OUTRO ( )** | | | | | **NÃO DECLARAR ( )** |
| **NATURALIDADE:** | | | | | | | **NACIONALIDADE:** | | | | | |
| **RG:** | | | **ORG. EXP.:** | | | | | | **UF:** | | **CPF:** | |
| **PESSOA COM DEFICIÊNCIA:** | | | | | **( ) SIM** | | | | | **( ) NÃO** | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ENDEREÇO** | | | | | |
| **AV/RUA:** | | | | **COMPL.:** | |
| **BAIRRO:** | | | **CIDADE:** | | **UF:** |
| **CEP:** | **FONE:** | **E-MAIL:** | | | |

|  |
| --- |
| **LINHA DE PESQUISA (PARA PREENCHIMENTO VIDE EDITAL)** |
|  |

|  |
| --- |
| **DADOS PROFISSIONAIS** |
| **PROFISSÃO:** |
| **CURSO SUPERIOR (POR INSTITUIÇÃO CREDENCIADA):** |
|  |
| **INSTITUIÇÃO:** |
| **ANO DE CONCLUSÃO:** |

|  |
| --- |
| **DADOS DE MESTRADO CONCLUÍDO\*** |
| **PROFISSÃO:** |
| **CURSO SUPERIOR (POR INSTITUIÇÃO CREDENCIADA):** |
|  |
| **INSTITUIÇÃO:** |
| **ANO DE CONCLUSÃO:** |

\*Apenas para candidatos ao Doutorado que tenham Mestrado.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL ANTERIOR** | | |
| **EMPRESA/INSTITUIÇÃO** | **ÁREA DE ATUAÇÃO** | **FUNÇÃO** |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **MOTIVOS QUE O LEVARAM A PARTICIPAR DO CURSO** |
| **PROFISSIONAL:** |
|  |
| **PESSOAL:** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DURANTE A REALIZAÇÃO DO CURSO, PODERÁ SE DEDICAR** | |
| **( ) EM TEMPO PARCIAL** | **( ) EM TEMPO INTEGRAL** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FORMA DE PAGAMENTO** | | | |
| **RECURSOS PRÓPRIOS: ( )** | | **BOLSA UNIFOR (DOCENTE):** | |
| **BOLSA/EMPRESA/INSTITUIÇÃO:** | | | |
| **Obs: Anexar declaração de responsabilidade financeira por parte da instituição.** | | | |
| **APOIO:** | **GARANTIDO ( )** | | **PENDENTE ( )** |

Lista de documentos solicitados vide Edital.

Termo de Envio: Afirmo que as informações prestadas são verdadeiras e solicito a minha inscrição no Processo de Seleção definido pelo Edital do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza.

|  |  |
| --- | --- |
| **( ) SIM** | **( )NÃO** |