|  |
| --- |
| **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** |