**FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ**

**UNIVERSIDADE DE FORTALEZA-UNIFOR**

**VICE-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO - VRPG**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS - PPGCM**

**REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO PARA A 4ª TURMA DO MESTRADO EM CIÊNCIAS MÉDICAS (2018)**

**Inscrição Nº**

Ilma. Sra. Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas, eu

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome:  |  |  |  |  |
| Nascimento: / /  |  | Sexo:  |  |  | Estado Civil:  |
| Naturalidade:  |  | UF:  |  | Nacionalidade:  |
| RG:  | Órgão Expedidor:  |  | UF:  |  | CPF:  |

Residente e domiciliado(a) à

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rua/Av:  |  | Nº  |
| Complemento (bloco, apto, etc)  |  |  |
| Bairro:  | Cidade:  | UF:  |
| CEP:  | E mail:  |  |
| Celular:  | Fone:  |  |

Pretendo desenvolver a minha dissertação de mestrado supervisionado(a) preferencialmente pelo(a) orientador(a):

1ª opção - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2ª opção - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3ª opção - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(escolha até 3 professores em ordem de preferência)

Empresa em que trabalho

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome da Instituição:  |  |  |
| Rua/ Av.:  |  | Nº  | CEP:  | Fone:  |
| Bairro:  | Cidade:  | UF:  |  |
| Função:  |  | Tempo de Serviço:  |  |

Forma de pagamento do curso

|  |  |
| --- | --- |
| Recursos Próprios ( )  | Bolsa UNIFOR (Professor) ( )  |
| Empresa/Instituição: Apoio: Garantido ( ) Pendente ( )  |

Curso superior (por instituição credenciada)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| CURSO  | INSTITUIÇÃO  | CIDADE /UF  | ANO/CONCLUSÃO  |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |

Experiência profissional anterior. Preencha da mais recente para a mais antiga

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| EMPRESA/ INSTITUIÇÃO |  ÁREA DE ATUAÇÃO  |  FUNÇÃO  |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |

Motivos que o (a) levam a participar do curso (interesse real):

|  |
| --- |
| **Profissional**  |
| **Pessoal**  |

Afirmo que as informações prestadas são verdadeiras e solicito a minha inscrição no Processo de Seleção definido pelo **Edital Nº 25/2018** da Universidade de Fortaleza.

Fortaleza, \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/2018 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Assinatura do(a) Candidato(a)