**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 6ª TURMA DO MESTRADO EM CIÊNCIAS MÉDICAS (2019)**

**Inscrição Nº**

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome: |  | |  | |  |  | |
| Nascimento: / / |  | Sexo: |  | |  | Raça/Cor: | |
| Portador(a) de deficiência: | | | | 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** do referido programa,da Universidade de Fortaleza.

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

Assinatura do(a) Candidato(a)