



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER
FORMULÁRIO PARA INSCRIÇÃO À SELEÇÃO 2018- EDITAL SUPLEMENTAR

Período de Inscrição: 08 de outubro a 08 de novembro



INDÍGENAS E PORTADORES DE DEFICIÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

<input type="checkbox"/>	Indígena		
<input type="checkbox"/>	Portador de deficiência		
Nome completo:			
CPF:		Identidade:	
Data de nascimento:		Órgão expedidor:	
Estado Civil:		Data de expedição:	
E-mail:			
Telefone fixo:		Celular:	

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Rua		Número/ Apto:	
Bairro:		Cidade/ Estado	
CEP			

DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA (Conforme edital - a ser preenchido pela secretaria)

<input type="checkbox"/>	Foto 3x4	<input type="checkbox"/>	Cópia da certidão de casamento ou nascimento	<input type="checkbox"/>	Projeto de Pesquisa (5 vias)
<input type="checkbox"/>	Cópia Cart. Identidade	<input type="checkbox"/>	Certificado de quitação eleitoral	<input type="checkbox"/>	Cópia Certificado de proficiência (Não obrigatório)
<input type="checkbox"/>	Cópia CPF	<input type="checkbox"/>	Cópia do certificado de reservista		
<input type="checkbox"/>	Cópia Comprov. Endereço	<input type="checkbox"/>	Cópia do histórico da graduação		
<input type="checkbox"/>	Cópia do diploma de Graduação	<input type="checkbox"/>	Currículo Vitae (5 vias)		

DOCUMENTAÇÃO SUPLEMENTAR

CANDIDATO INDÍGENA

<input type="checkbox"/>	Autoreconhecimento indígena
<input type="checkbox"/>	Declaração assinada por pelo menos três lideranças indígenas ou declaração da Fundação Nacional do Índio (FUNAI), atestando que o candidato reside em comunidade indígena

CANDIDATO COM DEFICIÊNCIA

<input type="checkbox"/>	Autodeclaração de pessoa com deficiência
<input type="checkbox"/>	Relatório do médico assistente
<input type="checkbox"/>	Formulário de solicitação de condições especiais para realizar a prova.

Assinatura do candidato ou procurador

Nº de inscrição para candidatos

(Fornecido pela Secretaria, no ato da inscrição)

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO - A ser preenchido pela Secretaria do CPG



PPG Saúde da Mulher

Nº de inscrição _____

Nome do candidato: _____

Funcionário responsável pela inscrição: _____

Belo Horizonte, ___/___/2018