



Faculdade de Medicina
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO
Av. Prof. Alfredo Balena 190/sala 7009
Belo Horizonte – MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640
E-mail: cpg@medicina.ufmg.br

UFMG



Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher
FORMULÁRIO PARA INSCRIÇÃO À SELEÇÃO 2014/2º

Área de Concentração: ☒ Perinatologia

Nível: ☒ Doutorado

Foto 3x4

IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

Nome completo:

☐ Solicito fazer a arguição oral por videoconferência (via skype)

Endereço eletrônico - skype: _____

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"/>	01 foto 3x4	<input type="checkbox"/>	RG	<input type="checkbox"/>	Título de eleitor e comprovante de votação na última eleição - 1º e 2º turnos ou Certidão de quitação eleitoral
<input type="checkbox"/>	Diploma de graduação	<input type="checkbox"/>	CPF	<input type="checkbox"/>	Comprovante de endereço
<input type="checkbox"/>	Histórico da graduação	<input type="checkbox"/>	Cert. Reservista	<input type="checkbox"/>	Comprovante de proficiência em inglês - não obrigatório
<input type="checkbox"/>	Currículo lattes (03)			<input type="checkbox"/>	Projeto de pesquisa/ projeto de tese (03)
<input type="checkbox"/>	Certidão de nascimento/casamento				
<input type="checkbox"/>	Candidato com necessidade especial - especificar condição necessária para participação no concurso:				

Venho requerer minha inscrição no processo seletivo acima especificado. Declaro ter lido o edital e estar ciente de datas e procedimentos descritos no mesmo.

Belo Horizonte, ____/____/2014

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

Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher - ____ Doutorado - Nº inscrição: _____

Nome do candidato: _____

Funcionário responsável pela inscrição: _____ Belo Horizonte, ____/____ 2014