|  |  |
| --- | --- |
|  | Universidade Estadual de MaringáCentro de ciências da saúde Programa de pós-graduação em biociências E FISIOPATOLOGIA |

|  |
| --- |
| **FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO - DOUTORADO** |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO** |
| **Nome Completo**  |  |
| **Data de nascimento** | **Estado civil** | **Sexo** | **CPF** | Foto 3 X 4 |
|  |  |  |  |
| **Nº Identidade** | **Órgão Emissor** | **UF** | **Nº Reservista** |
|  |  |  |  |
| **Título de eleitor** | **Zona** | **Seção** |
|  |  |  |
| **Endereço residencial** | **Cidade** | **UF** |
|  |  |  |
| **CEP** | **País** | **DDD** | **Tel. Residencial** | **Tel. celular** |
|  |  |  |  |  |
| **e-mail:** |  |

|  |
| --- |
| **FORMAÇÃO ACADÊMICA** |
| **Curso de Graduação:** |  |
| Instituição: |  |
| Ano de Conclusão: |  | Data da colação de grau: |  |
| **Curso de mestrado:** |  |
| Instituição: |  | Data da conclusão: |  |

|  |
| --- |
| **ATIVIDADE PROFISSIONAL ATUAL** |
| Instituição/Empresa: |  |
| Endereço completo: |  |
| Cidade | CEP | Telefone | e-mail |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **PROFESSOR ORIENTADOR** |
| Orientador: |
| Data:  | Assinatura do candidato |

|  |
| --- |
| **DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA PARA INSCRIÇÃO NO PROCESSO DE SELEÇÃO** |
| - Formulário de inscrição devidamente preenchido- Carta de aceite do orientador- Uma foto 3 X 4 (colar nesta ficha)- Fotocópia da certidão de nascimento ou casamento, RG, CPF, título de eleitor e certificado de reservista- comprovante do recolhimento da taxa de inscrição no valor de R$200,00- Fotocópia do diploma do curso de graduação e de mestrado ou documento equivalente- fotocópia do histórico escolar do curso de graduação e de mestrado- currículo lattes documentados (últimos 5 anos)- projeto de tese |

Data de recebimento pela secretaria do PBF: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Recebido por:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_