**FICHA DE INSCRIÇÃO**

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Matrícula UFSJ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ SIAPE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_

Cargo na Instituição: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Cargo de sua candidatura:**

**Congregação**

( ) Membro do Conselho Universitário

( ) Docente do Curso de Farmácia

**Câmara de Gestão Administrativa**

( ) Docente da Residência em Enfermagem

( ) Técnico administrativo

**Câmara de Extensão**

( ) Docente do Curso de Medicina

**Câmara de Graduação**

( ) Docente do Curso de Farmácia

**Câmara de Pesquisa e Pós-graduação**

( ) Docente do Curso de Farmácia

Solicito a minha inscrição como candidato nos termos acima descritos e declaro ter conhecimento das normas que regem o **EDITAL No 002/2020/COMISSÃO ELEITORAL/CCO** de 21 de setembro de 2020.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Local e data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura