**FICHA DE INSCRIÇÃO**

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

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

Cargo na Instituição/titulação: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data de admissão na UFSJ: \_\_\_\_/\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_

Data de admissão em Instituição Federal de Ensino Superior (caso a primeira admissão seja anterior a da UFSJ): \_\_\_\_/\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_

**Cargo de sua candidatura:**

**Congregação**

( ) Docente do Curso de Medicina

**Câmara de Gestão Administrativa**

( ) Docente do Curso de Bioquímica

( ) Docente do Curso de Enfermagem

( ) Docente do Curso de Farmácia

( ) Docente da Pós-Graduação em Ciências da Saúde

( ) Docente da Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas

Solicito a minha inscrição como candidato nos termos acima descritos e declaro ter conhecimento das normas que regem o **EDITAL No 004/2021/COMISSÃO ELEITORAL/CCO** de 16 de agosto de 2021.

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

Local e data

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

Assinatura