|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| IMG_256 | **PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM****Campus Centro Oeste Dona Lindu** |  |

**FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO**

**1 - Dados Pessoais**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome completo:**  | **Inscrição (para uso do PGENF):** |
| **Nome do Provável Orientador:** |
| **Linha de pesquisa pretendida:** |
| **RG:** | **Órgão de Expedição** | **Data de Emissão:** | **CPF:** |
| **Sexo:****( ) Masculino ( ) Feminino** | **Data do Nascimento:**  | **Estado Civil:** |
| **Naturalidade:** | **Nacionalidade:** | **Título de Eleitor:** |
| **N.º Passaporte** | **País emissor:** | **Certificado de Reservista:** |

**2 - Contato**

|  |
| --- |
| **Rua/Av/N.º/Complemento::** |
| **Bairro:** | **Cidade:** | **UF:** | **CEP:** |
| **Telefone Residencial:** | **Telefone Comercial:** | **Celular:** |
| **E-mail 1:** | **E-mail2:** |

**3 - Dados graduação:**

|  |
| --- |
| **Curso:** |
| **Instituição:** | **Ano da Graduação:** |

**4 - Informações Complementares:**

|  |
| --- |
| **Candidato possui alguma necessidade especial? ( ) Sim ( ) Não****Qual:**  |
| **O candidato exerce atividade profissional? ( ) Sim ( ) Não**  | **Remunerado? ( ) Sim ( ) Não**  |
| **Instituição que trabalha:** |
| **Endereço Comercial Completo:** |

Declaro, sob as penas da lei, que as informações prestadas neste formulário são verdadeiras e completas e que concordo com as normas estabelecidas no **EDITAL Nº 02/2020/PGENF/UFSJ**

Divinópolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2020

Assinatura do candidato