|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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