PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO – PPG

CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE CAXIAS – CESC

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO (MESTRADO) EM BIODIVERSIDADE, AMBIENTE E SAÚDE - PPGBAS

# ANEXO I

FICHA DE INSCRIÇÃO (PROCESSO SELETIVO)

I DADOS PESSOAIS

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

CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Identidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data de Nascimento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Filiação: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

II FORMAÇÃO ACADÊMICA

1. Graduação:

Curso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ano de Conclusão: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_UF: País: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Pós-Graduação

Curso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nível \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ano de Conclusão: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Instituição: Cidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_UF: País: \_\_\_

III ATUAÇÃO PROFISSIONAL

Informe a cronologia de sua atuação profissional iniciando pelas mais recentes.

Instituição: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cargo/Função: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Período: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cargo/Função: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Período: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cargo/Função: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Período: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IV CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO (A ser assinado pelo representante legal da instituição/empresa, em caso de vínculo empregatício).

Manifesto minha concordância com a apresentação desta inscrição, assim como em disponibilizar o candidato para a realização do Curso de Mestrado em Biodiversidade, Ambiente e Saúde, caso ele seja selecionado pelo Programa, considerando as normas da IES/Empresa.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  / /  |   |   |
| Data | Cargo ou Função | Assinatura e Carimbo |

V DECLARAÇÃO

Declaro que este pedido de inscrição contém informações verdadeiras, que aceito os critérios de avaliação adotados pela Instituição e que, caso seja selecionado como aluno do Programa de Pós-Graduação (mestrado) em Biodiversidade, Ambiente e Saúde desta Universidade, comprometo-me cumprir fielmente seus regulamentos e as normas internas do Curso dedicando-me a este. Declaro, ainda, estar ciente de que o Programa de Pós-Graduação em Biodiversidade, Ambiente e Saúde não assegura a concessão de bolsa de estudos a todos os candidatos selecionados.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ |   |
| Local |  Data | Assinatura do Candidato |

Universidade Estadual do Maranhão-UEMA

Programa de Pós-Graduação (mestrado) em Biodiversidade, Ambiente e Saúde-PPGBAS Praça Duque de Caxias, s/n, Morro do Alecrim,

CEP. 65.604-380 Caxias–Maranhão.

FONE: (99) 3521-3888 FAX: (99) 3521-3936