|  |
| --- |
| **ANEXO I – REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO DOCENTE E CARTA** |
| **DADOS PESSOAIS** |
| Nome: |
| RG | Órgão Emissor | UF | Data de Expedição | Data de Nascimento |
|  |  |  |  |  |
| Naturalidade | C.P.F. | Passaporte |
|  |  |  |
| Documento Militar | Tipo | Título de Eleitor | Zona | Seção | Município |
|  |  |  |  |  |  |
| Endereço: |
| Bairro: | Cep: |
| Cidade/Estado: | País: |
| Telefone Residencial: | Celular: | e-mail: |
|  |  |
| **DADOS PROFISSIONAIS** |
| Local de Trabalho: |
| Centro/Departamento: |
| Colegiado: |
| **DADOS ACADÊMICOS** |
| Titulação: |  |
| Área: |  |
| Ano:  |  |
| IES: |  |
| **LINHA DE PESQUISA PRETENDIDA** |  |
| Linha: |  |
| **CARTA DE APRESENTAÇÃO**  |  |
|  |  |
|  |
|  |  |
|  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Data:\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura do Candidato  |

**ANEXO II – TERMO DE COMPROMISSO**

Pelo presente termo de compromisso, eu\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(*nome completo*)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, em virtude de minha possível participação no Programa de pós-graduação *stricto sensu* em Saúde Pública, nível demestrado, Centro de Educação Letras e Saúde, Campus de Foz do Iguaçu, comprometo-me a prestar as informações necessárias para o preenchimento do relatório anual Coleta de Dados CAPES.

Declaro também, que atualmente não possuo vínculo efetivo com nenhuma Instituição de Ensino Superior ou Institutos de Pesquisas.

*Local e data*

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

Assinatura do docente

**ANEXO III – DECLARAÇÃO DE TRABALHO VOLUNTÁRIO**

Eu\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(*nome completo*)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro ter ciência e concordo que a participação como docente externo no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira, do Centro de Educação, Letras e Saúde, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, é voluntária, não gera vínculo empregatício, obrigação de natureza trabalhista, previdenciária e afim.

*Local e data*

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

Nome completo e assinatura do docente