|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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