**ANEXO I – FICHA DE INSCRIÇÃO – PPG Saúde Pública em Região de Fronteira**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome do Candidato:** | |
| **CPF:** | **RG:** |
| **Telefones:** | **E-mail:** |
| **Formação em Nível de Graduação:** | |
| **Profissão e Local de Trabalho:** | |
| **Vínculo Profissional:** ( ) Não ( )Sim Qual: ( )CLT ( ) Informal ( ) Estatutário | |
| **Linha de Pesquisa Pretendida:**  ( ) Políticas de saúde em região de fronteira  ( ) Epidemiologia e vigilância em saúde de fronteira  ( ) Coletividades e o processo saúde-doença em região de fronteira e as relações com a interdisciplinaridade | |
| **Título do Projeto de Pesquisa:** | |
| **Nome do Provável Orientador:** | |
| **Antes de finalizar sua inscrição realize o Check List:**  ( ) 01 foto recente;  ( ) Comprovante de inscrição On-line, enviado no e-mail do candidato;  ( ) Ficha de inscrição **(Anexo I)** [inserir obrigatoriamente nome do provável orientador];  ( ) Cópia da Carteira de Identidade (RG Civil ou Militar) – (não substituível por outro documento);  ( ) Cópia do CPF (ou comprovante emitido na página da Receita Federal – (não substituível por outro documento);  ( ) Cópia do Diploma de Graduação ou Certificado de Conclusão de Graduação, obtido em curso reconhecido pelo MEC/CNE; Conforme Resolução 078/2016-CEPE, Art. 42 – III – a;  ( ) Cópia do Histórico Escolar do Curso de Graduação;  ( ) Currículo Lattes documentado **(conforme edital);**  ( ) Projeto de pesquisa impresso **(conforme Art. 10. deste edital).**  ( ) Projeto de pesquisa com o nome do candidato e do provável orientador, também deve ser enviado no e-mail do Programa, [foz.mestradosaudepub@unioeste.br](mailto:foz.mestradosaudepub@unioeste.br) em arquivo “Portable Document Format” - PDF;  ( ) Comprovante original da taxa de inscrição no valor de R$ 193,00 (Cento e Cinquenta Reais);  ( ) Memorial conforme orientações do **Anexo II;**  ( ) Planilha de Pontuação para Curriculum Lattes **(Anexo III).** | |
| **Declaro que organizei/enviei a documentação** e, concordo com as condições de ingresso, estipuladas pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira, nível de mestrado, da Unioeste/Campus de Foz do Iguaçu, conforme descritos no Regulamento do Programa e no Edital nº 018/2023-PPG–Saúde Pública em Região de Fronteira.  Nestes termos, solicito a minha inscrição, para o Processo de Seleção, para ingresso como aluno regular, no ano letivo 2024.  Local e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **\*\*\* A assinatura do candidato é obrigatória** | |