**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 via sistema; ( ) 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;( ) 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 (junto com a documentação via sistema);( ) Projeto de pesquisa via e-mail: enviar para foz.mestradosaudepub@unioeste.br em arquivo “Portable Document Format” – PDF **(seguir orientações conforme Art. 12. deste edital)**;  ( ) Comprovante original da taxa de inscrição no valor de R$ 193,00 (Cento e Cinquenta Reais); ( ) Cata de aceite de provável orientação**;** ( ) 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 029/2024-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 2025.Local e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\*\*\* A assinatura do candidato é obrigatória** |