

## ANEXO I. FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO

### Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

#### Edital ANO LETIVO 2021 – BOLSA DE ESTUDOS DO CENTRO UNIVERSITÁRIO FMABC – CONTRAPARTIDA SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO/SP

Inscrição Nº

IL.MO SR.: COORDENADOR DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Eu, \_\_\_\_\_,  
(nome por extenso) (estado civil)

Filho (a) de \_\_\_\_\_ e

Nascido (a) em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, \_\_\_\_\_,  
(município) (Estado)

Residente à: \_\_\_\_\_,  
(rua / avenida) (nº / apto)

\_\_\_\_\_  
(bairro) (município) (Estado) (CEP)

(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_, (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_,  
(telefone residencial) (telefone celular) (e-mail institucional)

\_\_\_\_\_  
Doc. Identidade (órgão exp.) (CPF)

\_\_\_\_\_  
(graduação) (ano) (Instituição)

Venho requerer a Vossa Senhoria minha inscrição para o Curso de ( ) Mestrado ( ) Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde deste Centro Universitário.

Declaro que li e concordo com as normas do edital e com o regulamento do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde do Centro Universitário FMABC.

Santo André, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

---

(assinatura do candidato)

## Checklist Documentos – Fase I

- Formulário de Inscrição assinado pelo candidato
- Cópia de Cédula de Identidade
- Cópia do CPF
- Cópia do Título de Eleitor
- Cópia da Certidão de Nascimento
- Cópia comprovante de endereço (conta de água, luz ou telefone celular)
- Cópia da Carteira do Registro de Profissão
- Cópia Diploma de Graduação (frente e verso)
- Cópia do Histórico escolar de Graduação (frente e verso)
- Cópia currículo na Plataforma Lattes do candidato (atualizado)
- Cópia Diploma de Mestrado (frente e verso)
- Cópia do Histórico Escolar de Mestrado (frente e verso)

\*Somente para inscrição no Doutorado

\*Somente para inscrição no Doutorado