

Inscrição Nº

EXMO. SR.: PRÓ-REITOR DE PÓS GRADUAÇÃO, PESQUISA E INOVAÇÃO

_____ / _____
(nome por extenso) (estado civil)
filho(a) de _____

_____ / ____ / ____ , _____ , _____
nascido (a) em (município) (Estado)

residente à: _____ , _____
(rua / avenida) (nº / apto)

_____ , _____ , _____
(bairro) (município) (CEP)

() _____ , () _____ , _____
(telefone Residencial) (telefone celular) (CPF)

_____ , _____ , _____
Doc. Identidade (órgão exp.) (E-mail)

_____ , _____ , _____
(graduação) (ano) (Instituição)

_____ , _____ , _____
(Doutorado) (ano) (Instituição)

_____ , _____
(Área do Conhecimento) (Nome do Programa de Pós-Graduação)

Supervisor: _____

Área de Concentração: () Medicina Celular e Molecular () Investigação Clínica () Saúde Coletiva

Linha de Pesquisa: _____

Projeto de Pesquisa: _____

Financiador: () Sim () Não Qual: _____ Processo No.: _____

Vem requerer a inscrição no Pós-Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde desta Instituição.

_____ Santo André, _____ de _____ de _____.
(assinatura do candidato)

Check List Documentos

- Formulário de Inscrição
- Cópia de Cédula de Identidade
- Cópia do CPF
- Cópia da Certidão de Nascimento / Casamento
- Comprovante de Residência
- Cópia da Carteira do Registro de Profissão
- Cópia do Diploma de Graduação (frente e verso)
- Cópia do Histórico Escolar da Graduação
- Cópia do Diploma de Doutorado (frente e verso)
- Cópia do Histórico Escolar do Doutorado
- Currículo na Plataforma Lattes
- Foto (3x4)
- Carta com justificativa da solicitação assinada pelo Supervisor

Sede: Av. Príncipe de Gales, 821 – Bairro Príncipe de Gales – Santo André, SP – CEP: 09060-650 (Portaria 1)

Av. Lauro Gomes, 2000 - Vila Sacadura Cabral - Santo André / SP - CEP: 09060-870 (Portaria 2)

Pró-Reitoria de Pós-Graduação, Pesquisa e Inovação (PROPESPI) – Av. Príncipe de Gales, 667 – Bairro Príncipe de Gales
Santo André / SP – CEP: 09060-590

Telefone: (11) 4993-5426 ou www.fmabc.br