|  |  |
| --- | --- |
|  | Universidade Estadual de Maringá  Centro de ciências da saúde  Programa de pós-graduação em biociências E FISIOPATOLOGIA |

|  |
| --- |
| INSCRIÇÃO NÃO REGULAR A - DOUTORADO |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO** | | | | | | | | |
| **Nome Completo** | |  | | | | | | |
| **Data de nascimento** | | **Estado civil** | | | **Sexo** | **CPF** | | Foto 3 X 4 |
|  | |  | | |  |  | |
| **Nº Identidade** | | **Órgão Emissor** | | | **UF** | **Nº Reservista** | |
|  | |  | | |  |  | |
| **Título de eleitor** | | | **Zona** | | | **Seção** | |
|  | | |  | | |  | |
| **Endereço residencial** | | | | | | **Cidade** | **UF** |
|  | | | | | |  |  |
| **CEP** | **País** | | **DDD** | **Tel. Residencial** | | **Tel. celular** | |
|  |  | |  |  | |  | |
| **e-mail:** |  | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FORMAÇÃO ACADÊMICA** | | | |
| **Curso de Graduação:** |  | | |
| Instituição: |  | | |
| Ano de Conclusão: |  | Data da colação de grau: |  |
| **Curso de mestrado:** |  | | |
| Instituição: |  | Data da conclusão: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ATIVIDADE PROFISSIONAL ATUAL** | | | |
| Instituição/Empresa: |  | | |
| Endereço completo: |  | | |
| Cidade | CEP | Telefone | e-mail |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **PROFESSOR ORIENTADOR** | |
| Orientador: | |
| Data: | Assinatura do candidato |

|  |
| --- |
| **DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA PARA INSCRIÇÃO** |
| - Formulário de inscrição devidamente preenchido  - Carta de aceite do orientador  - Comprovante de aprovação no exame de proficiência  - Três fotos 3 X 4  - Fotocópia da certidão de nascimento ou casamento, RG, CPF, título de eleitor e certificado de reservista  - comprovante do recolhimento da taxa de inscrição no valor de R$150,00  - Fotocópia do diploma do curso de graduação e de mestrado ou documento equivalente  - fotocópia do histórico escolar do curso de graduação e de mestrado  - *curriculum vitae* ou currículo *lattes* documentado (últimos 5 anos)  - resumo expandido |

Data de recebimento pela secretaria do PBF: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Recebido por:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_