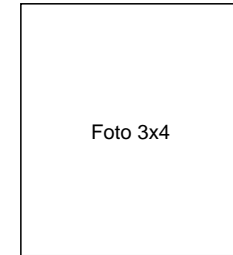




**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INFECTOLOGIA E MEDICINA TROPICAL
FORMULÁRIO PARA INSCRIÇÃO À SELEÇÃO 2019**

Período de Inscrição: 08 de outubro a 08 de novembro

Nível:	<input type="checkbox"/>	Mestrado	<input type="checkbox"/>	Reserva para Negros
	<input type="checkbox"/>	Doutorado		
Tipo de seleção:	<input type="checkbox"/>	Ampla Concorrência		



IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

Nome completo: _____

Solicito fazer a arguição oral por videoconferência (via skype)

Endereço eletrônico - skype: _____

CPF:	_____	Identidade:	_____
Data de nascimento:	_____	Órgão expedidor:	_____
Estado Civil:	_____	Data de expedição:	_____

E-mail:	_____
Telefone fixo:	_____
Celular:	_____

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Rua	_____	Número/ Apto:	_____
Bairro:	_____	Cidade/ Estado	_____
CEP	_____		

DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA (Conforme edital - a ser preenchido pela secretaria)

<input type="checkbox"/>	Foto 3x4	<input type="checkbox"/>	RG
<input type="checkbox"/>	Histórico da Graduação	<input type="checkbox"/>	CPF
<input type="checkbox"/>	Currículo Lattes (1)	<input type="checkbox"/>	Certificado de Reservista
<input type="checkbox"/>	Cópia de diploma de Graduação - frente e verso	<input type="checkbox"/>	Certidão de Quitação Eleitoral
<input type="checkbox"/>	Trabalhos Publicados - separadamente (1)	<input type="checkbox"/>	Comprovante de Endereço
<input type="checkbox"/>	CD com arquivo do Projeto e do Currículo	<input type="checkbox"/>	Certidão de Nascimento/Casamento
<input type="checkbox"/>	Comprovante de Proficiência em Inglês		
<input type="checkbox"/>	Candidato com necessidade especial - especificar condição necessária para participação no concurso: _____		

AÇÕES AFIRMATIVAS-Resolução 02/2017, de 04 de abril de 2017

<input type="checkbox"/> Sim , concorrerei às vagas destinadas às ações de políticas afirmativas do Programa de Pós- Graduação em Ciências da Saúde: Infectologia e Medicina Tropical	<input type="checkbox"/> Não concorrerei às vagas destinadas às ações de políticas afirmativas do Programa de Pós- Graduação em Ciências da Saúde: Infectologia e Medicina Tropical
<input type="checkbox"/> Em caso afirmativo, Declaração de opção de participação em política de ação afirmativa	

Venho requerer minha inscrição no processo seletivo acima especificado. Declaro ter lido o edital e estar ciente de datas e procedimentos descritos no mesmo.

Belo Horizonte, _____/_____/2018

Assinatura do candidato ou procurador

Nº de inscrição para candidatos
_____ (Fornecido pela Secretaria, no ato da inscrição)



**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO - A ser preenchido pela Secretaria do CPG
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INFECTOLOGIA E MEDICINA TROPICAL**

<input type="checkbox"/>	Mestrado	<input type="checkbox"/>	Ampla Concorrência
<input type="checkbox"/>	Doutorado	<input type="checkbox"/>	Reserva para Negros

Nome do candidato: _____ Nº de inscrição: _____

Funcionário responsável pela inscrição: _____ Belo Horizonte, _____/_____/2018