



Faculdade de Medicina
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO
Av. Prof. Alfredo Balena 190/sala 7009
Belo Horizonte – MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640
E-mail: ppgcasa@medicina.ufmg.br

UFMG



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

Nível:

PÓS-DOCTORADO - BOLSA PNP/CPES

IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

Nome completo:

CPF:

Data de nascimento:

Estado Civil:

Identidade:

Órgão expedidor:

Data de expedição:

E-mail:

Telefone fixo:

Celular:

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Rua:

Bairro:

CEP:

Número/ Apto:

Cidade/ Estado:

CONFERÊNCIA DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA (Conforme edital - a ser preenchido pela Secretaria)

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Curriculo Lattes |
| <input type="checkbox"/> | Memorial vida acadêmica |
| <input type="checkbox"/> | Projeto de Pesquisa |
| <input type="checkbox"/> | Comprovação do Currículo |
| <input type="checkbox"/> | Comprovante de Endereço |

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

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO - A ser preenchido pela Secretaria do CPG

PPG em INFECTOLOGIA E MEDICINA TROPICAL ____ PNP/CPES - Nº inscrição: _____

Nome do candidato: _____

CPF do candidato: _____

Nº de inscrição para candidato

(Fornecido pela Secretaria, no ato da inscrição)

Funcionário responsável pela inscrição: _____