



Faculdade de Medicina
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO
Av. Prof. Alfredo Balena 190/sala 533
Belo Horizonte – MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640
E-mail: cpg@medicina.ufmg.br



Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Infectologia e Medicina Tropical

FORMULÁRIO PARA INSCRIÇÃO À SELEÇÃO 2017 - 1º semestre

PERÍODO DE INSCRIÇÃO PRESENCIAL: 03 A 31.10.2016 - HORÁRIO: 08:30 AS 11:30

Nível:

MESTRADO

DOUTORADO

IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

Foto 3x4

Nome completo:

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 _____

CONFERÊNCIA DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA (CÓPIAS, conforme edital, com excessão da foto)

<input type="checkbox"/>	01 foto 3x4	<input type="checkbox"/>	RG	<input type="checkbox"/>	Certidão de quitação eleitoral - posterior a 02.10 OU 30.10.2016, se a inscrição for feita no dia 31.10
<input type="checkbox"/>	Histórico da graduação	<input type="checkbox"/>	CPF	<input type="checkbox"/>	Comprovante de endereço
<input type="checkbox"/>	Currículo Lattes (1)	<input type="checkbox"/>	Cert. Reservista	<input type="checkbox"/>	Comprovante de proficiência em inglês
<input type="checkbox"/>	Diploma de graduação - frente e verso			<input type="checkbox"/>	CD com arquivos do projeto e do currículo
<input type="checkbox"/>	Trabalhos publicados - separadamente (1)			<input type="checkbox"/>	Projeto de pesquisa/ projeto de tese (1)
<input type="checkbox"/>	Certidão de nascimento/ casamento				
<input type="checkbox"/>	Candidato com necessidade especial - especificar condição necessária para realização da segunda etapa:				

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, ____/____/2016

Assinatura do candidato ou procurador



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO - A ser preenchido pela Secretaria do CPG

PPG Ciências da Saúde: Infectologia e Medicina Tropical ___ Doutorado ___ Mestrado

Nome do candidato: _____

Funcionário responsável pela inscrição: _____ Belo Horizonte, ____/____/2016

