



**Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública**  
**FORMULÁRIO PARA INSCRIÇÃO - Residência Pós-Doutoral**

Pós-Doutorado:

Foto 3x4

**IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO**

Nome completo: \_\_\_\_\_

Possível orientador: \_\_\_\_\_

Lista de orientadores do Programa disponível no endereço [http://www.medicina.ufmg.br/cpg/programas/saude\\_publica/colegiado.html](http://www.medicina.ufmg.br/cpg/programas/saude_publica/colegiado.html)

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)**

01 foto 3x4

RG

Comprovante de votação na última eleição

Diploma de doutorado

CPF

Comprovante de endereço

Histórico do doutorado

Título de eleitor

Currículo lattes

Cert. Reservista

Comprovação do currículo

Plano de trabalho

Projeto de Pesquisa

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, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2014 \_\_\_\_\_

Assinatura do candidato ou procurador