



ANEXO A
FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO
PPGCardio

Linha de pesquisa pretendida (selecionar apenas uma opção abaixo):

() Epidemiologia e manifestações clínicas das doenças cardiovasculares

() Fisioterapia cardiovascular aplicada

Eu, _____, venho por meio deste, requerer minha inscrição à seleção ao curso de Mestrado em Ciências Cardiovasculares da UFC.

Nome: _____

CPF: _____ RG: _____ Órgão de expedição/Estado: _____

Nascido em ____/____/____ Natural de (Cidade): _____

Estado Civil: _____ Nacionalidade: _____

Raça: () Amarela () Branca () Indígena () Parda () Preta

Pai: _____

Mãe: _____

Escola de Conclusão do Ensino Médio: _____

Ano de Conclusão: _____ Tipo de Escola: () Privada () Pública

Endereço Atual: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____

CEP: _____ Telefone: _____ Celular: _____

E-mail: _____

Graduado em: _____ Ano: _____

Instituição: _____

Cidade: _____ Estado: _____

Pós-Graduação: () Sim () Não

Nome do Curso: _____

Nível: _____ Instituição: _____

Ano de Conclusão: _____ País: _____ Cidade: _____

Vínculo Empregatício: () Sim () Não (Obs.: caso mantenha vínculo(s) empregatício(s), anexar declaração de disponibilidade)

Função: _____ Local: _____

Pessoa com deficiência: () Sim () Não Especificar: _____

Condições especiais para realizar o exame de seleção: () Sim () Não

Especificar: _____

Disponibilidade para realização do Curso (explicitar o tempo em horas semanais): _____

Link para o Currículo Lattes/CNPq (obrigatório): _____

Link para ORCID (obrigatório): _____

Declaro ter ciência de que não haverá garantia de oferta de bolsa de estudo e que deverei manter meu cadastro e informações públicas atualizados espontaneamente ou por solicitação do PPGCardio.

Assinatura do(a) Candidato(a)