

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO – SELEÇÃO MESTRADO/DOUTORADO
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - PPGSC

TERMO DE ACEITE PARA TRATAMENTO DE DADOS: A Universidade de Fortaleza (UNIFOR) está ciente de que os dados que você irá informar em seguida são protegidos pela Lei Geral de Proteção de Dados (L13709/18). Por isso, antes de continuar com o seu atendimento, apresentamos um resumo sobre o tratamento dos seus dados pessoais. Os dados pessoais coletados a seguir serão tratados pela Universidade de Fortaleza para fins de processamento de sua matrícula e prestação de serviços educacionais. Tais dados não serão compartilhados com outras instituições, exceto com aquelas que prestem serviços para a UNIFOR, o que se dará de acordo com nossas instruções. A Universidade de Fortaleza (UNIFOR) recomenda que você acesse e leia a Política de Privacidade que está disponível em <https://www.unifor.br/politica-de-privacidade>, a fim de obter outras informações a respeito das atividades de tratamento de dados pessoais que realiza. Caso pretenda tratar de alguma questão específica relacionada a privacidade/proteção de dados pessoais, você pode entrar em contato com nosso Encarregado de Proteção de Dados, o que poderá fazer via e-mail: atendimento.epd@unifor.br.

() CONCORDO

() NÃO CONCORDO

MESTRADO ()

DOUTORADO ()

DADOS PESSOAIS

NOME:

RAÇA/COR:	BRANCA ()	PRETA ()	PARDA ()	INDÍGENA ()	AMARELA ()	NÃO DECLARAR ()
------------------	----------------------	---------------------	---------------------	------------------------	-----------------------	----------------------------

DATA DE NASCIMENTO:

ESTADO CIVIL:

GÊNERO:	MASCULINO ()	FEMININO ()	OUTRO ()	NÃO DECLARAR ()
----------------	----------------------	---------------------	------------------	-------------------------

NATURALIDADE:

NACIONALIDADE:

RG:	ORG. EXP.:	UF:	CPF:
------------	-------------------	------------	-------------

PESSOA COM DEFICIÊNCIA:	() SIM	() NÃO
--------------------------------	---------	---------

ENDEREÇO

AV/RUA:	COMPL.:
----------------	----------------

BAIRRO:	CIDADE:	UF:
----------------	----------------	------------

CEP:	FONE:	E-MAIL:
-------------	--------------	----------------

LINHA DE PESQUISA (PARA PREENCHIMENTO VIDE EDITAL)

DADOS PROFISSIONAIS

PROFISSÃO:

CURSO SUPERIOR (POR INSTITUIÇÃO CREDENCIADA):

INSTITUIÇÃO:

ANO DE CONCLUSÃO:

DADOS DE MESTRADO CONCLUÍDO*

PROFISSÃO:

CURSO SUPERIOR (POR INSTITUIÇÃO CREDENCIADA):

INSTITUIÇÃO:

ANO DE CONCLUSÃO:

*Apenas para candidatos ao Doutorado que tenham Mestrado.

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL ANTERIOR		
EMPRESA/INSTITUIÇÃO	ÁREA DE ATUAÇÃO	FUNÇÃO

MOTIVOS QUE O LEVARAM A PARTICIPAR DO CURSO
PROFISSIONAL:
PESSOAL:

DURANTE A REALIZAÇÃO DO CURSO, PODERÁ SE DEDICAR	
() EM TEMPO PARCIAL	() EM TEMPO INTEGRAL

FORMA DE PAGAMENTO	
RECURSOS PRÓPRIOS: ()	BOLSA UNIFOR (DOCENTE):
BOLSA/EMPRESA/INSTITUIÇÃO:	
Obs: Anexar declaração de responsabilidade financeira por parte da instituição.	
APOIO:	GARANTIDO () PENDENTE ()

Lista de documentos solicitados vide Edital.

Termo de Envio: Afirmo que as informações prestadas são verdadeiras e solicito a minha inscrição no Processo de Seleção definido pelo Edital do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza.

() SIM	() NÃO
---------	---------