**Anexo - Formulário de Inscrição**

**(Edital CPOS/SFM/INISA nº 6, de 17 de fevereiro de 2025.)**

| Nome  |
| --- |
| Endereço Nº |
| Complemento Bairro |
| CEP Cidade     UF Telefone Residencial |
| Telefone do Trabalho Celular E-Mail  |
| Nome do Pai Nome da Mãe |
| Data de Nascimento Naturalidade Nacionalidade  |
| Sexo Estado Civil RG Órgão Expedidor CPF |
| Título de Eleitor Zona Seção UF Profissão atual |
| **FORMAÇÃO ACADÊMICA:**Graduação:                                                                          Instituição (Sigla)Ano de inícioAno de término  Especialização                                                                    Instituição (Sigla)Ano de inícioAno de término  |
| **SOLICITA INSCRIÇÃO NA DISCIPLINA:** **1ª Opção:** **2ª Opção:** **Exposição de motivos para escolha da (s) disciplina (s):**         \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Eu,                                                                                                              , DECLARO que este pedido contém informações completas e exatas e caso seja selecionado, ACEITO o sistema e os critérios adotados pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família do Instituto Integrado de Saúde da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.Campo Grande/MS, 21 de fevereiro de 2025.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Assinatura do candidato)  |