**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 início  Ano de término      Especialização    Instituição (Sigla)  Ano de início  Ano 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) |