**ANEXO 1 - FICHA DE INSCRIÇÃO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Linha de Pesquisa** | Videoendoscopia Respiratória Videoendoscopia Uroginecológica  Videoendoscopia Digestiva Videoendoscopia Neuro-Ortopédica  Videoendoscopia Endócrina Metodologias e Procedimentos Aplicados a Técnicas Videoendoscópicas |
| **Título do Pré-projeto** |  |

**1 . Dados Pessoais:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome | | | | | | | | | |
| CPF | | Identidade | | Título de Eleitor | | Zona | | Seção | Certificado de reservista |  |
| Nacionalidade/ Naturalidade | | Data de Nascimento | | Estado Civil\* | | Certidão de nascimento ou casamento (\*) | | | |  |
| Filiação | Pai | | | | | | | | |
| Mãe | | | | | | | | |
| Endereço | | | | | | | Bairro | | |
| Cidade | | | Estado | | | | CEP | | |
| Telefones (Residencial e Celular) | | | | | E-mail | | | | |

**2 . Dados Acadêmicos**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Graduação em**  Medicina | **Instituição** | | **Período (início / término)** | |
| **Pós-Graduação** | **Instituição** | **Área** | **Período (início / término)** | |
| Especialização |  |  |  |  |
| Residência Médica |  |  |  |  |
| Residência Médica (ano opcional) |  |  |  |  |
| Outras |  |  |  |  |

**. Reserva de vagas**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Portador de deficiência física** | Sim ( ) | Não ( ) |
| **Candidato negro** | Sim ( ) | Não ( ) |

Declaro serem verdadeiras as informações acima prestadas e aceito os termos deste Edital.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_/ 2018 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do candidato