**ANEXO 1 - FICHA DE INSCRIÇÃO**

**Inscrição nº \_\_\_\_\_\_\_\_/2019**

\*Preenchimento do PPGMED

|  |  |
| --- | --- |
| **Linha de Pesquisa** | Técnicas videoassistidas    Técnicas minimamente invasivas |
| **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** | | **Nº da 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 |  |  |  |  |

**3. 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, \_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_/ 2019 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do candidato