**ANEXO 1 - FICHA DE INSCRIÇÃO**

**FOTO**

**3 X 4**

**MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Área de Concentração**  (Apenas uma opção) | | I - Epidemiologia ( ) | | | | | | | | | | II - Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde ( ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Auto declaração**  (possível assinalar mais de uma opção, segundo o IBGE) | | ( ) Amarelo | ( ) Branco | | | | ( ) Indígena | | | ( )  Pardo | | | | | | ( )  Preto | | | | | ( ) Quilombola | | | | | | ( ) Pessoa com Deficiência | | | | | | | ( ) Pessoa Trans | | | | | ( ) Servidor técnico administrativo UFBA |
| **Tipo de Inscrição** | | ( ) Não concorrerei à política de reserva de vagas (ampla concorrência) | | | | | | | | | | | | | | | | | ( ) Concorrerei à política de reserva de vagas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Candidata/o à reserva de vagas, escolher a modalidade.  (Apenas uma opção) | | ( )  Negro  (preto ou pardo) | | | ( )  Indígena | | | ( )  Pessoa com Deficiência | | | | | | ( )  Quilombola | | | | | | | | | ( )  Pessoa Trans | | | | | | | | ( )  Imigrante/ refugiado | | | | | | ( )  Servidor Técnico Adm. UFBA | | |
| Necessidade especial para a entrevista. | | SIM ( )  Especificar-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | NÃO ( ) | | | | | | | | | | | | | |
| Solicita isenção da taxa de inscrição | | SIM ( ) | | | | | | | | | | | | | | | | NÃO ( ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nome Completo** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nome Social** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nacionalidade** | |  | | | | | | | | | | | | | | | Data de Nascimento | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| **Naturalidade** | |  | | | | | | | | | UF | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | Estado Civil | | | |  | | | |
| **Graduação/ano** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| **IES de graduação** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Carteira de Identidade** | |  | | | | | | | Órgão Emissor | | | | | | | |  | | | UF | |  | | | | | | | Data de Emissão | | | | | | | | |  | |
| **CPF** | |  | | | | | | | | | | | | | Reservista nº | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Filiação** | | **1.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Endereço completo** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Cidade/Estado/CEP** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Tel. Residencial** | |  | | | | | | | | | | | Tel. Celular | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **E-mail** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Informações sobre vínculo empregatício** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Local onde trabalha** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Tipo de vínculo** | | ( ) servidor público ( ) CLT ( ) contrato temporário  ( ) Profissional liberal / autônomo ( ) Outros, especificar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Carga Horária Semanal  \_\_\_\_ horas | | | | | | |
| **Endereço comercial** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | CEP | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **Cidade** | |  | | | | | | | | | | | | | | | Estado | | | | |  | | | | | | | | Telefone | | | | | | | |  | |
| Exerce atividade docente (Sim ou Não) | | | | | |  | | | Instituição | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Exerce atividade de pesquisa (Sim ou Não) | | | | | |  | | | Instituição | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **As informações fornecidas acimas serão utilizadas para avaliação dos critérios de seleção de alunas/os aptas/os a concorrem ao processo seletivo para concessão de bolsas, conforme Instrução Normativa n°1/2016 e suas atualizações.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Local e data |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ASSINATURA DA/O CANDIDATA/O** | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |