**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** |  |