|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Ministério da Saúde  Fundação Oswaldo Cruz  Instituto René Rachou – FIOCRUZ MINAS  Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde | **SECRETARIA DE ENSINO** |
| **ANEXO I**  **FICHA DE INSCRIÇÃO PARA BOLSA PNPD/CAPES 2020** | | |
| **IDENTIFICAÇÃO** | | |
| Nome: | | |
| E-mail: | | |
| Telefone Residencial: ( ) Celular: ( ) | | |
| Data de Nascimento: / / Naturalidade: UF: | | |
| Nacionalidade: CPF: | | |
| RG: Data da Expedição: / / Órgão Expedidor: | | |
| Endereço: | | |
| **DADOS INSTITUCIONAIS** | | |
| Está vinculado(a) a alguma Instituição? Sim ( ) Não ( )  Qual?  Qual o cargo?  Disponibilidade para o Programa (em horas semanais): | | |
| **Modalidade de bolsa:** ( ) Nova ( ) Renovação | | |
| **DECLARAÇÃO DO REQUERENTE** | | |
| O requerente declara que está ciente e aceita as normas que regulamentam as atividades de Pós-graduação Stricto sensu no País, bem como aquelas contidas no Regulamento (Portaria 86/2013 da CAPES) e neste Edital do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde do IRR. | | |
| Local: Data: / /  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura | | |