|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Ministério da SaúdeFundação Oswaldo CruzInstituto René Rachou – FIOCRUZ MINASPrograma 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  |