**FICHA DE INSCRIÇÃO/CADASTRO**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS**

**MESTRADO ( ) DOUTORADO ( )**

**1. Dados pessoais:**

|  |
| --- |
| Nome: |
| Filiação – Nome do pai: |
| Nome da mãe:  |
| Data de Nascimento:  | Naturalidade:  | Nacionalidade: |
| Identidade:  | Órgão expedidor: | Estado:  |
| Estado Civil: | CPF:  | CRM: | Estado: |
| Raça/cor: ( ) Branca ( ) Preta ( ) Parda ( ) Amarela ( ) Indígena |
| Pessoa com deficiência: ( ) Sim ( ) Não | Se sim, qual tipo?  |
| Endereço (nº, bl, apto):  |
| Bairro:  | CEP:  | Cidade:  | Estado:  |
| Tel1.: ( ) | Tel2.:  | Cel.: |
| E-mail: |

 **2. Dados profissionais e acadêmicos:**

|  |  |
| --- | --- |
| Local de Trabalho: | Data da admissão: / / |
| Endereço:  | Nº |
| Bairro: | CEP:  | Cidade: |
| Tel.: | E-mail: |

|  |
| --- |
| Ensino Médio: ( ) Escola Pública ( ) Escola Particular | ( ) Bolsa Integral ( ) Bolsa Parcial ( ) Não se aplica |
| Área de Graduação: |
| Universidade: |
| Estado:  | Ano de início:  | Ano de conclusão: |
|  |
| Fez Iniciação Científica na graduação: ( ) Sim ( ) Não | Recebeu bolsa de estudos: ( ) Sim ( ) Não |
| Se **SIM**, qual a agência: ( ) CNPq ( ) CAPES ( ) FAPERJ  | Outra.Qual? |
|  |
| Residência médica: ( ) Sim ( ) Não | Instituição: | Estado: |
| Ano de início:  | Ano de conclusão:  | Especialidade: |
|  |  |  |
| Mestrado: ( ) Sim ( ) Não | Instituição:  | Estado: |
| Nome do programa: |

 **3. Dados relacionados ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas:**

|  |
| --- |
| Professor orientador: |
| Professor coorientador ( )/orientador externo ( )\*\*: |
| Instituição: |
| Professor coorientador 2\*\*:  |
| Instituição:  |
| Como pretender custear o curso: ( ) Bolsa de estudos ( ) Recursos próprios |
| Vaga de ações afirmativas: ( ) Sim ( ) Não Se sim, qual? ( ) Étnico-racial ( ) Pessoa com deficiência  ( ) Candidatas-mães |

**\*\* Casa haja Coorientador/Orientador externo, anexar: cadastro de Coorientador e Declaração de Compromisso de Coorientação**

**Título do projeto de pesquisa (se houver)**

|  |
| --- |
|  |
|  |