***ANEXO B***

***FICHA DE INSCRIÇÃO***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | ***CÓDIGO DE INSCRIÇÃO:*** | | |
| ***ASSINALAR LINHA DE PESQUISA DE SUA ESCOLHA:***  ***Enfermagem em Saúde Pública e Epidemiologia de Doenças na Amazônia***  ***Educação e tecnologias de enfermagem para o cuidado em saúde a indivíduos e grupos sociais*** | | | | | | | |
| ***IDENTIFICAÇÃO*** | | | | | | | |
| *Nome:* | | | | | | | |
| *Estado Civil:* | | *Sexo:*  *F*  *M* | | | *Naturalidade:* | | *UF:* |
| *Data Nascimento:* | | | | | *Necessidades Especiais:* | | |
| *RG.:* | *Órgão Emissor:* | | | | *UF:* | *CPF:* | |
| *Endereço:* | | | | | | | |
| *Bairro:* | | | *CEP:* | | *Cidade:* | | *UF:* |
| *Fone Residencial (DDD):* | | | | | *Celular (DDD):* | | |
| *E-mail:* | | | | | | | |
| ***FORMAÇÃO ACADÊMICA*** | | | | | | | |
| *Graduação (Especificar):* | | | | *Pós-Graduação (Especificar):* | | | |

***Obs.:*** *Anexar comprovante de depósito (original) e, cópia do diploma ou declaração de conclusão de curso autenticada e, nos casos de atendimento especial anexar laudo médico.*

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

*Assinatura do Candidato*

|  |  |
| --- | --- |
| *Data:* */* */ 2018.* | *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Assinatura do receptor* |

**

***UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ***

***CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE***

***ESCOLA DE ENFERMAGEM MAGALHÃES BARATA***

***PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - MESTRADO***

***PROCESSO SELETIVO – ANO ACADÊMICO DE 2018***

***COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO***

|  |
| --- |
| ***CÓDIGO DE INSCRIÇÃO N°*** |

***Declaramos que, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** *está**devidamente inscrito(a) no Processo Seletivo do Ano Acadêmico de 2018 do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – MESTRADO / UEPA.*

|  |  |
| --- | --- |
| *Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/ 2018.* | *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *Assinatura do receptor* |