



Poder Executivo
Ministério da Educação
Universidade Federal do Amazonas
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas



Foto 3 x 4

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO 2020					
DADOS PESSOAIS DO CANDIDATO					
NOME COMPLETO (sem abreviações):					
DATA DE NASCIMENTO:	SEXO: Masculino () Feminino ()	CPF:		POSSUI ESPECIAL: SIM () NÃO ()	NECESSIDADE
RG:	ÓRGÃO EMISSOR:	DATA DE EMISSÃO:	NACIONALIDADE:		
ENDEREÇO RESIDENCIAL:			CIDADE:	UF:	CEP:
CELULAR:	TELEFONE RESIDENCIAL:	EMAIL:			
POSSUI VÍNCULO EMPREGATÍCIO? () Sim () Não			NECESSITARÁ DE BOLSA? () Sim () Não		
PROVÁVEL ORIENTADOR ESCOLHIDO (Marque apenas um "X")					
<input type="checkbox"/> AnaLígia Leandrini de Oliveira <input type="checkbox"/> Ariane Kluczkovski <input type="checkbox"/> Bruno Nicolau Paulino <input type="checkbox"/> Clarice de Carvalho Veloso <input type="checkbox"/> Emerson Silva Lima <input type="checkbox"/> Fernanda Guilhon Simplicio <input type="checkbox"/> Igor Rafael dos Santos Magalhães <input type="checkbox"/> João Vicente Braga de Souza <input type="checkbox"/> José Pereira de Moura Neto <input type="checkbox"/> Marne Carvalho de Vasconcellos <input type="checkbox"/> Pedro Henrique Campelo <input type="checkbox"/> Tatiane Pereira de Souza					
DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS DE INSCRIÇÃO					
<input type="checkbox"/> Formulário de inscrição devidamente preenchido; <input type="checkbox"/> Comprovante de pagamento da taxa de inscrição no valor de R\$ 100,00 (cem reais);			PREENCHIMENTO PELA COMISSÃO DE SELEÇÃO: Parecer da Comissão: <input type="checkbox"/> Inscrição deferida <input type="checkbox"/> Inscrição indeferida Manaus, ____ / ____ / ____ _____ Presidente da Comissão		

VAGA A QUE CONCORRE (marcar apenas uma das opções)

<input type="checkbox"/> Vaga regular (12 vagas)	<input type="checkbox"/> Vaga suplementar para cotistas (2 vagas)
--	---



Poder Executivo
Ministério da Educação
Universidade Federal do Amazonas
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas



Declaro para o fim específico de atender ao edital de seleção para o curso de mestrado do PPGCF/UFAM que sou PRETO PARDO INDÍGENA PESSOA COM DEFICIÊNCIA. Estou ciente de que, se for detectada a falsidade desta declaração, estarei sujeito a penalidades legais.

TERMO DE COMPROMISSO DO SOLICITANTE

Declaro, para fins de direito, ter conhecimento do inteiro teor do Edital de seleção e das normas gerais relativas à Seleção e Ingresso fixadas pelo Regimento Geral de Pós-Graduação da Universidade Federal do Amazonas e pelo Regimento Interno do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas e concordo com o disposto.

Manaus, ____/____/2020

Assinatura: _____

Obs.: Preencher de forma legível.