**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM IMUNOLOGIA E INFLAMAÇÃO**

**EDITAL Nº 1464, DE 24 DE NOVEMBRO DE 2023**

SEI - Processo nº 23079.260414/2023-82

**Seleção para o Doutorado 2024 – 1º semestre**

| **DADOS PESSOAIS**  **(Entregar pessoalmente ou enviar em formato PDF ou JPEG)** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOME :** | **E-MAIL :** | | |
| **ENDEREÇO:** |  | | |
| **TELEFONE:** |  | **CELULAR :** |  |
| **DATA DE NASCIMENTO:** |  | **ESTADO CIVIL:** |  |
| **NATURALIDADE:** |  | **NACIONALIDADE:** |  |
| **Nº IDENTIDADE** |  | **ÓRGÃO EXPEDIDOR:** |  |
| **CPF:** |  | **TÍTULO DE ELEITOR:** |  |
| **CERT. MILITAR** |  | | |
| **FILIAÇÃO:** |  | | |
| **ORIENTADOR:** | ( ) Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |

| **OUTRAS INFORMAÇÕES** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| **SITUAÇÃO PROFISSIONAL:** | ( ) Trabalhando ( ) Estudando ( ) Nenhum dos dois | | |
| ( ) Apresento declaração do coordenador do curso de Medicina comprovando ter ter concluído o 7°. período  ( ) Apresento comprovante de conclusão do curso de Mestrado  ( ) Apresento diploma de Mestrado | | |
| **OCUPAÇÃO ATUAL:** |  | **INSTITUIÇÃO QUE TRABALHA:** |  |
| **VÍNCULO COM A ORGANIZAÇÃO QUE TRABALHA:** | ( ) Servidor Público ( ) CLT ( ) Outros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| **COMO PRETENDE FINANCIAR-SE NO CURSO?** | ( ) Recursos Próprios  ( ) Só poderei cursar o Doutorado com bolsa e sem acúmulo de rendimento  ( ) Só poderei cursar o Doutorado com bolsa e com acúmulo de rendimento  ( ) Só poderei cursar o Doutorado com rendimento advindo de com vínculo empregatício | | |
| **AÇÕES AFIRMATIVAS** | ( ) Não concorrerei ao percentual de vagas da Política de Acesso Afirmativo.  ( ) Concorrerei ao percentual de vagas da Política de Acesso Afirmativo destinado a pessoas indígenas, declarando-me indígena;  ( ) Concorrerei ao percentual de vagas da Política de Acesso Afirmativo destinado a pessoas pretas ou pardas, declarando-me preta(o) ou parda(o);  ( ) Concorrerei ao percentual de vagas da Política de Acesso Afirmativo destinado a pessoas com deficiência, declarando-me pessoa com deficiência;  ( ) Concorrerei ao adicional de vagas da Política de Acesso Afirmativo destinado a pessoas com hipossuficiência econômica, declarando-me ter renda *per capita* de até um salário-mínimo, com apresentação do **CADASTRO ÚNICO.** | | |
| **AÇÃO AFIRMATIVA COMPLEMENTAR** | ( ) Não me inscrever na disciplina de ação afirmativa complementar (IMF 754)  ( ) Desejo me inscrever na disciplina de ação afirmativa complementar (IMF 754) conforme data prevista no Edital. | | |
| **DOCUMENTO A SER ENTREGUE PRESENCIAL OU VIRTUAL** | ( ) Carteira de Identidade ( ) CPF | | |
| **COMPROVAÇÃO DE MATERNIDADE** | ( ) Não confirmo maternidade (por adoção ou gestação) os últimos 5 anos  ( ) Confirmo maternidade (por adoção ou gestação) nos últimos 5 anos (ANEXAR CERTIDÃO DE NASCIMENTO) | | |
| **AVALIAÇÃO ORAL** | ( ) Desejo realizar avaliação oral **PRESENCIAL**  ( ) Desejo realizar avaliação oral **REMOTA**,pois sou residente de município localizado a mais de **150 km** de distância da cidade do Rio de Janeiro, conforme comprovante de residência anexado. | | |

**Rio de Janeiro \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2023.**

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

**Assinatura**