



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PATOLOGIA
PROCESSO SELETIVO PARA O DOUTORADO EM PATOLOGIA

ANEXO II

FICHA DE INSCRIÇÃO DO PROGRAMA

I - DADOS PESSOAIS

Nome:
RG.: Órgão Expedidor / Estado
Data da Expedição / /
CPF.:
Sexo: Estado Civil:
Data de Nascimento: / /
Naturalidade: Estado:
Nome da Mãe:
Nome do Pai:

ENDEREÇO RESIDENCIAL

End. Residencial:
Nº Complemento
Bairro: Cidade: Estado:
CEP:
Fone Residencial (DDD) Nº
Fone Celular (DDD) Nº
e-Mail:

ENDEREÇO PROFISSIONAL

Vinculação Empregatícia: () Sim () Não
End. Profissional:
Nº Complemento
Bairro: Cidade: Estado:
CEP:
Fone Profissional (DDD) Nº
e-Mail:
Ocupação Atual:

II - TIPO DE DEFICIÊNCIA

() *Não necessita de prova e/ou atendimento especial*

Visual ()

Física ()

Auditiva ()

Assinale a tipo de atendimento especial desejado

Deficiência Visual

- Ledor e Copista - aplica dor especial que faz a leitura da prova e que transcreve as respostas das questões para o candidato
- Tempo adicional (até 1 hora) - Devidamente justifica do (quando for o caso)
- Sala especial

Prova ampliada

- Tamanho 18 Tamanho 20 Tamanho 22

Deficiência Auditiva

- Interprete de linguagem de sinais
- Sala especial

Deficiência Física

- Acesso para cadeirante
- Prancheta
- Sala especial

Obs.: não será disponibilizado transporte para o local das provas

III. FORMAÇÃO ACADÊMICA

GRADUAÇÃO:

Curso:

Cidade:

Estado:

Instituição:

Ano da Diplomação:

INICIAÇÃO CIENTÍFICA:

Instituição:

Orientador:

MONITORIA:

Instituição:

Período:

Instituição:

Período:

PÓS-GRADUAÇÃO DE MAIOR TITULAÇÃO:

Especialização

Residência

Mestrado

Doutorado

Instituição:

Área:

Ano da Conclusão:

Duração:

IV. ATIVIDADES PROFISSIONAIS

DOCENTE

Cargo:

Disciplina Ministrada:

Instituição:

Cidade:

Estado:

Data de Ingresso: / /

NÃO DOCENTE

Cargo e/ou Função:

Instituição:

Cidade:

Estado:

Carga Horária Semanal:

Fortaleza, de de 20

