**CURSO DE MESTRADO EM ESTUDOS DA OCUPAÇÃO**

**FORMULÁRIO PARA INSCRIÇÃO À SELEÇÃO 2020**

**Período de inscrição: 03/02/2020 a 04/05/2020**

**IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome Completo** | |
|  | |
| **Email** | **Telefone de contato** |
|  | **Residencial:**  **Celular:** |

**ASSINALE A LINHA DE PESQUISA NA QUAL SERÁ DESENVOLVIDO SEU PROJETO (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)**

( ) Ocupação, Cuidado e Funcionalidade

( ) Ocupação, Políticas Públicas e Inclusão Social

**INFORMAÇÕES PESSOAIS**

**NASCIMENTO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Data | Cidade | Estado | Pais |
|  |  |  |  |

**FILIAÇÃO**

|  |  |
| --- | --- |
| Pai | Mãe |
|  |  |

**ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rua | | Número/complemento |
|  | |  |
| Bairro | Cidade | Estado /Pais |
|  |  |  |

**DOCUMENTAÇÃO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| RG | Data Expedição | Orgão expedidor | CPF |
|  |  |  |  |
| Titulo Eleitoral | Zona | Seção | Município/Estado |
|  |  |  |  |
| Documento Militar | Número | Série |  |
|  |  |  |  |

**DOCUMENTAÇÃO ANEXADA (Conforme edital)**

|  |  |
| --- | --- |
|  | 01 Foto 3x4 (recente) |
|  | Comprovante original de pagamento da taxa de inscrição ou da sua isenção pela FUMP |
|  | 02 Cópias - Diploma de Graduação ou documento equivalente |
|  | 01 Cópia - Histórico Escolar de Graduação |
|  | 02 Cópias - Carteira de identidade |
|  | 02 Cópias - CPF |
|  | 02 Cópias - Certidão de Nascimento ou Casamento |
|  | 02 Cópias - Passaporte (candidato estrangeiro – página de identificação e do visto de entrada) |
|  | 02 Cópias - Comprovante de residência (recente) |
|  | 02 Cópias - Certificado de quitação eleitoral |
|  | 02 Cópias - Certificado de reservista |
|  | 01 Cópia - Curriculo estruturado, conforme formato divulgado na página do curso, documentado com cópia dos respectivos comprovantes. |
|  | 03 Cópias – Pré-Projeto de Pesquisa |

**DOCUMENTAÇÃO SUPLEMENTAR (Conforme edital)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CANDIDATO INDÍGENA** | | **CANDIDATO COM DEFICIÊNCIA** | |
|  | Autorreconhecimento indígena |  | Autodeclaração de pessoa com deficiência |
|  | Declaração assinada por pelo menos três lideranças indígenas |  | Relatório médico assistente |
|  | Declaração da Fundação Nacional do Índio (FUNAI), atestando que o candidato reside em comunidade indígena |  | Formulário de solicitação de condições especiais para realizar a prova |

Venho requerer minha inscrição no processo seletivo acima especificado. Declaro ter lido o edital e estar ciente de datas e procedimentos.

Belo Horizonte, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do candidato