| **( ) Mestrado Profissional em Enfermagem em Saúde Pública** |
| --- |
| **Identificação** |
| Nome Completo: ................................................................................................................................................................................. Sexo: ( ) F ( ) M Estado Civil ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Divorciado ( ) Viúvo ( ) OutrosNome do Pai: ..................................................................................... Nome da Mãe.............................................................................Data de Nascimento: ........./........./........... País: ........................................Nacionalidade: ..................................................................Contato:...............................................................................Município: .............................. UF:................ E-mail: ............................................................................................................................Raça/Cor: Branca ( ) Preta ( ) Parda ( ) Amarela ( ) Indígena ( ) Pessoa com deficiência: Sim ( ) Não ( ) |
| **Residência** |
| Rua/Av: ............................................Nº. ................Compl: ....................................................................................................................Bairro:.........................................Município:...................................UF:.................. CEP:.........................................................................Telefone(s):................................................Celular:........ ...........................................E-mail: .................................................................  |
| **Dados Profissionais** |
| Profissão: ..............................................................................Cargo: .......................................................................................................Empresa: .................................................................................................................................................................................................Rua/Av: ......................................................................................................................................... Nº .................................................. Compl: ..................................................................................... Bairro: ...................................................................................................Município: ....................................................................................................................UF .....................................................................CEP: ...........................Telefone(s): ............................................................................. Fax: .................................................................... |
| **Documentação** |
| Carteira de Identidade: Tipo: ( ) civil ( ) militar ( ) profissional Número: ...................................................................................Órgão Emissor: .................................................... UF: ...........Expedição: ............/ ........... / ...........CPF: ............................................ Título de Eleitor: nº. ........................................................................................... Zona: .................Seção: ............................................. Documento Militar: nº. .............................................. Série: ............ Expedição: . ....../......../.......... RM .................... CSM ................Certificado de Reservista: nº. .............................Série: ................CAT...............Expedição: ...../....../........RM.............CSM...................  |
| **Formação Anterior (Graduação)** |
| Graduação:.............................................................................................................................................................................................IES: .........................................................................................................................................................................................................Tipo: ( ) Pública ( ) Particular Ano de conclusão: ...................País..................................................................................... Município ....................................................................................UF ...................................................................................................... |
| **Documentação apresentada** |
| 1. ( ) Formulário de matrícula devidamente preenchido (anexo);2. ( ) Uma foto 3x4 (preferência nesse formato);3. ( )  CPF;4. ( ) Título eleitoral com comprovante da última votação, ou certidão de quitação eleitoral;5. ( ) Certificado de reservista (ou qualquer outro documento militar válido) – somente para homens;6. ( ) Diploma e Histórico escolar da graduação emitido pela secretaria da instituição, ou órgão equivalente;7. ( ) Comprovante de endereço recente – últimos três meses;8. ( ) Registro no Conselho Regional de Enfermagem;9. ( ) Declaração de ciência do responsável pela instituição na qual o(a) candidato(a) possui vínculo apontando autorização e flexibilização de horário para cursar o mestrado profissional;10 ( ) Carta de compromisso do candidato com o curso de Mestrado Profissional em Enfermagem em Saúde Pública -UEA, conforme a  ANEXO VIII (anexo).11.( ) PCD - Laudo médico ou parecer emitido por equipe   multiprofissional emitido nos últimos três meses.12.( ) Se estrangeiro, folha de identificação do passaporte (cópia autenticada) |