

ANEXO I - FICHA DE INSCRIÇÃO: MESTRADO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MATERNO INFANTIL DO IPPMG/UFRJ
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

Nome completo:

RG:

Órgão Emissor/UF:

CPF:

Data nascimento:

Naturalidade:

Nacionalidade:

Nome Social (opcional):

Passaporte (para estrangeiros):

Endereço Residencial:

Bairro:

Cidade:

Telefone (com DDD):

UF:

CEP:

E-mail:

Possui vínculo empregatício? SIM () NÃO ()

Empresa/Instituição:

Endereço Profissional:

Link Currículo Lattes:

Sou pessoa com deficiência (PcD) e necessito condições especiais para a realização deste processo seletivo: SIM (), e necessito das seguintes condições:

NÃO ()

Exclusivamente se for de meu benefício e em função da ordem de classificação, gostaria de utilizar uma das vagas previstas nas ações afirmativas da UFRJ nesse Processo Seletivo:

PPI: () Para pessoas pretas ou pardas () Para pessoas indígenas

PcD: () Para pessoas com deficiência

Ao assinar esta ficha de inscrição, manifesto aceitar as normas e condições do Edital de Seleção para ingresso no Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Materno-Infantil do IPPMG/UFRJ Turma 2026/2.

Declaro que cumpri satisfatoriamente o período mínimo de 3 meses de estágio em pesquisa sob supervisão do meu orientador, docente permanente deste programa.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2026.

Assinatura do(a) Candidato(a)