UFMG	**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS** FACULDADE DE FARMÁCIA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANÁLISES CLÍNICAS E TOXICOLÓGICAS	PPGACT

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO
MESTRADO E DOUTORADO PPGACT

IDENTIFICAÇÃO DA INSCRIÇÃO

Nível:	☐MESTRADO	☐DOUTORADO
Edital/modalidade:	☐Seleção regular	☐Seleção suplementar
Linha de pesquisa:	☐Diagnóstico laboratorial e terapêutica: hemostasia, inflamação, infecção e neoplasia	
	☐Biomarcadores em Análises Clínicas e Toxicológicas	
	☐ Não definida	
Tema ou título do projeto de pesquisa proposto *		
Possível orientador(a)*		

MODALIDADE DE CONCORRÊNCIAS E AÇÕES AFIRMATIVAS

Assinale uma única modalidade de inscrição, conforme o edital escolhido. A marcação não substitui autodeclarações, documentos comprobatórios ou procedimentos de validação previstos no edital.

Seleção regular:	☐Ampla concorrência	☐Reserva de vagas para pessoas negras (pretas ou pardas)
Seleção suplementar:	☐Pessoa indígena	☐Pessoa trans ou travesti
	☐Pessoa quilombola	☐Pessoa com deficiência
Necessita solicitar condições especiais/acessibilidade para as etapas da seleção? *Se sim, apresentar o requerimento e a documentação pertinente na forma e no prazo previstos no edital.*	☐Sim	☐Não

DADOS PESSOAIS E CONTATOS

Nome completo:

Nome social (se houver):

CPF: Data de Nascimento:

Estado Civil: Raça/Cor:

Documento de identidade / órgão expedidor / UF:

Foto 3 x 4

(remova o texto e insira aqui)

E-mail: Telefone celular (DDD):

Endereço residencial (logradouro, número e complemento):

Bairro / município / UF: CEP:

*** Se não houver, insira "não se aplica"**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANÁLISES CLÍNICAS E TOXICOLÓGICAS

FORMAÇÃO ACADÊMICA

Graduação / instituição: Conclusão / previsão:

Pós-graduação (se houver):

MOTIVOS QUE LEVARAM O(A) CANDIDATO(A) A BUSCAR O PPGACT:

☐Solicito condições de acessibilidade para participar da seleção (conforme procedimentos e prazos do edital).

☐**Declaro que li e estou ciente das condições do edital vigente e que as informações prestadas são verdadeiras.**

Assinatura do(a) candidato(a)

Local e data

*** Se não houver, insira "não se aplica"**