Programa de Pós-Graduação em Ciência e Tecnologia Farmacêutica FICHA DE INSCRIÇÃO SELEÇÃO

**Dados Pessoais**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome: |  |
| Filiação: |  |
| Estado Civil: |  | Tipo Sanguíneo: |  |
| Naturalidade: |  | Nacionalidade: |  |
| Data de Nascimento: |  | CPF: |  |
| Identidade: |  | Data da Emissão: |  |
| Órgão Expedidor: |  |
| Título de Eleitor: |  | Zona/Seção |  |
| Certificado Militar: |  |
| Categoria/Seção/Órgão: |  |

**Endereço e Contato**

|  |  |
| --- | --- |
| Endereço: |  |
| Cidade: |  | Bairro: |  |
| CEP: |  | UF: |  |
| E-mail: |  |
| Telefone: |  |

**Dados Profissionais**

|  |  |
| --- | --- |
| Possui vínculo empregatício? | ( ) Sim ( ) Não |
| Data de ínicio do vínculo | xx/xx/xx | Cargo ouFunção: |  |
| Empregador: |  |
| Contao empregador: |  |

**Formação Acadêmica**

|  |  |
| --- | --- |
| Graduação em: |  |
| Instituição em que se graduou: |  |
| Data da colação de grauou conclusão do curso: |  |

**Linha de Pesquisa Vinculada ao Projeto de Pesquisa**

( ) Desenvolvimento de Produtos e Processos

( ) Assistência Farmacêutica e Farmacoepidemiologia ( ) Avaliação da Qualidade, Eficácia e Segurança

**Orientador(es) credenciado(s) no CTECFAR:**

**Auto-declaração**

( ) Branca ( ) Parda ( ) Amarela ( ) Preta ( ) Indígena ( ) Não declarado ( ) Portador(a) de Deficiência

Declaro estar ciente de que a documentação para inscrição deve ser enviada por correio eletrônico (e- mail) em dois arquivos anexos:

1. documentos para inscrição: em um único arquivo de pdf, contendo a lista de documentos na ordem especificada no edital no. 1/2025.
2. projeto de dissertação de mestrado.

Assinatura: Rio de Janeiro, / /2025.