



REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO PARA O CEPE

Nós, abaixo identificados, solicitamos inscrição, como candidato titular e suplente vinculado, a representante no Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão – CEPE para a categoria indicada no Quadro seguinte, na Eleição a ser realizada no dia **06 de abril de 2016** (4ª feira).

X	CATEGORIA DE REPRESENTAÇÃO	X	CATEGORIA DE REPRESENTAÇÃO
()	Diretores de Centros, Faculdades e Institutos Superiores	()	Discentes de Cursos Sequenciais e de Graduação Regular
()	Docentes de Graduação Regular	()	Discentes de Pós-Graduação Stricto Sensu Acadêmica
()	Docentes de Pós-Graduação Stricto Sensu Acadêmica	()	Coordenadores de Programas de Pós-Graduação Stricto Sensu Acadêmico
()	Coordenadores de Cursos Regulares de Graduação		

Declaramos ter ciência do inteiro teor do Edital Nº 04/2016-Reitoria, de 17 de Fevereiro de 2016, da Resolução Nº 900/2012-CONSU, de 1º de outubro de 2012 e da Lei Estadual Nº 15.955, de 11 de fevereiro de 2016, instrumentos que regulamentam a Eleição e que estão disponibilizados no endereço eletrônico da Comissão Eleitoral (www.uece.br/eleicoes).

Os documentos, a seguir indicados, necessários para o deferimento do pedido de inscrição serão solicitados aos órgãos competentes pela Comissão Eleitoral e, assim, não haverá necessidade de serem anexados a este requerimento.

- () **Docentes:** certidões individuais expedidas pelo Departamento de Pessoal da UECE, informando que os requerentes não se enquadram em nenhuma das disposições contidas nas alíneas de **a a f**, do inciso I do artigo 5º da Resolução, respeitando o disposto na Lei Estadual Nº 15.955, de 11 de fevereiro de 2016, instrumentos que regulamentam a Eleição;
- () **Aluno de Graduação:** histórico escolar e declaração de matrícula expedidos pelo Departamento de Ensino de Graduação da UECE;
- () **Aluno de Pós-Graduação:** histórico escolar e declaração de matrícula expedidos pela Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa ou pela Coordenação do Curso a que o aluno está vinculado.

Dados do Candidato Titular
Nome: _____
Curso/Unidade Acadêmica ou Administrativa: _____
Telefones: Residencial: _____ Trabalho: _____ Celular: _____
E-mail: _____
Em caso de categoria Discente indicar:
() Graduação - Matrícula: _____ Curso: _____
() Pós-Graduação - Curso: _____
Dados do Suplente Vinculado
Nome: _____
Curso/Unidade Acadêmica ou Administrativa: _____
Telefones: Residencial: _____ Trabalho: _____ Celular: _____
E-mail: _____
Em caso de categoria Discente indicar:
() Graduação - Matrícula: _____ Curso: _____
() Pós-Graduação - Curso: _____

Fortaleza, ____ de _____ de 2016

Assinatura do Candidato Titular

Assinatura do Suplente Vinculado