

ANEXO 1 – Ficha de Inscrição

Fundação Universidade Estadual do Ceará – FUNECE
Centro de Ciências da Saúde - CCS
Curso de Mestrado Acadêmico em Nutrição e Saúde - CMANS

FICHA DE INSCRIÇÃO

I. DADOS PESSOAIS:

Nome: _____
RG: _____ Órgão Emissor: _____ Data da emissão: ____/____/____
CPF.: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Estado Civil: _____
Data de nascimento: ____/____/____ Naturalidade: _____
Endereço residencial: _____
Complemento: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____
CEP: _____ Fone Res: _____ Cel: _____
E-mail: _____
Endereço profissional: _____
Complemento: _____ Bairro: _____ Cidade: _____
CEP: _____ Fone: _____ E-mail: _____

II. FORMAÇÃO ACADÊMICA

Curso de Graduação: _____
Instituição: _____
Estado: _____ Cidade: _____
Ano da Graduação: _____

III. ATIVIDADES PROFISSIONAIS

Docente: () Cargo: _____
Disciplina Ministrada: _____
Instituição: _____
Cidade: _____ Data de Ingresso: ____/____/____
Não Docente: () Cargo e/ou Função: _____
Instituição: _____
Cidade: _____ Carga Horária Semanal: _____
No caso de vínculo empregatício terá liberação para dedicar-se ao Curso?
() SIM () NÃO
Disponibilidade de tempo para as atividades acadêmicas: _____
A dedicação ao Curso de Pós-Graduação dependerá da disponibilidade de bolsa de estudos?
() SIM () NÃO

FORTALEZA, _____ de _____ de _____

ASSINATURA DO (A) CANDIDATO (A)