|  |
| --- |
| **ANEXO 1**  **FICHA DE INSCRIÇÃO – BOLSA PIPD/CAPES 2024** |
| **IDENTIFICAÇÃO** |
| Nome completo: |
| E-mail: Telefone: ( ) |
| Data de Nascimento: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ UF:\_\_\_\_ |
| Nacionalidade: CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| RG: Data de Expedição: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Órgão expedidor: |
| Endereço: |
| **DECLARAÇÃO DO REQUERENTE** |
| O requerente declara que está ciente e aceita as normas que regulamentam as atividades de Pós-graduação Stricto sensu no País, bem como aquelas contidas no Regulamento (Portaria 282/2024 da CAPES) e neste Edital do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde do IRR.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_\_.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura |