**ANEXO I**

**FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO**

|  |
| --- |
| CURSO DE APERFEIÇOAMENTO EM ETNICIDADE, SUSTENTABILIDADE E SAÚDE COLETIVA NA TRÍPLICE FRONTEIRA DA AMAZÔNIA |

DADOS E DOCUMENTOS DO(A) CANDIDATO(A)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome do(a) candidato(a): | | | | Sexo: ( )Feminino ( )Masculino |
| E-mail: | | | | Estado Civil: |
| Nome do pai: | | | | |
| Nome da mãe: | | | | |
| Data do nascimento: | | Nacionalidade: | | |
| Cor e/ raça: ( ) Branca ( ) Parda ( ) Preta ( ) Indígena, ou ( ) Amarela | | | | |
| Etnia: |  | |  | |
| País: | Estado: | | Cidade: | |

ENDEREÇO RESIDENCIAL

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome da rua ou comunidade: | | | |
| Complemento: | | | Número: |
| País: | Estado: | Município: | Bairro: |
| Nº Telefone convencional: | | Nº do Celular: | |

CURSO DE GRADUAÇÃO

|  |  |
| --- | --- |
| Instituição: | |
| Nome do Curso: | Ano da titulação: |
| Título: | |
| Nº de registro do diploma: | |

DADOS PROFISSIONAIS

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Atividade Principal: | | | Tipo de vínculo: | | |
| Ocupação: | | | Manterá vínculo durante o curso? ( )Sim ( )Não | | |
| Instituição de Trabalho: | | | | | |
| Tempo de serviço: | | | | | |
| Rua: | | Complemento: | | | Número: |
| Bairro: | Telefone fixo: | | | Celular: | |
| País: | Estado: | | | Cidade: | |

**Atesto que todos os dados constantes neste formulário estão corretos e são verídicos.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do(A) candidato(A)