



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

FICHA DE INSCRIÇÃO - AUTODECLARAÇÃO

Nome Completo				Foto (3X4) (opcional)					
Nome Social									
Número de CPF (Se estrangeiro, Passaporte)									
Linha de pesquisa									
Grupo de Pesquisa									
Data de Nascimento / /		Identidade		Org. emissor		País de origem			
Título de Eleitor/a		Zona		Seção		Data de Emissão		Estado	
Nome da Mãe				Nome do Pai					
Endereço									
Bairro		Cidade		UF	CEP		Cx.Postal		
Fax		E.- Mail			Telefone ()				
AUTODECLARAÇÃO: 1. <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Pardo <input type="checkbox"/> Preto 2. <input type="checkbox"/> Quilombola 3. <input type="checkbox"/> Pessoa com Deficiência 4. <input type="checkbox"/> Pessoa Trans (transexual, travesti ou transgênero) 5. <input type="checkbox"/> Não Binária/o									
INSCRIÇÃO (Exclusivo para Seleção Aluno Regular): <input type="checkbox"/> Concorrerei à política de reserva de vagas <input type="checkbox"/> Não concorrerei à política de reserva de vagas									
Ao optar por concorrer à política de reserva de vagas (apenas uma opção), indicar modalidade de vaga (Exclusivo para Seleção Aluno Regular): <input type="checkbox"/> Negro (Preto ou Pardo) <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Pessoa com Deficiência <input type="checkbox"/> Quilombola <input type="checkbox"/> Pessoa Trans (transexual, travesti ou transgênero)									
*Ao optar por não concorrer à política de reserva de vagas, o(a) candidato(a) concorrerá apenas à modalidade de vagas de ampla concorrência									