

TERMO DE ACEITAÇÃO DE VAGA

Esse termo de aceitação de vaga deve ser enviado para o e-mail pgctsfce@unb.br juntamente com a documentação listada no item 3.11 do edital, em PDF único encaminhado de forma digital e deve possibilitar a cópia das informações. Não será aceito documento manuscrito.

DADOS PESSOAIS

Nome sem abreviações: _____

Nome social: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Naturalidade: Cidade _____ UF: ____

CPF: _____ Nacionalidade: _____

Identidade somente números: _____

Nome da Mãe: _____

Nome do Pai: _____

Endereço Residencial

Logradouro: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____ - _____

Telefone Residencial: (____) _____

Telefone Celular: (____) _____

e-mail: _____

FORMAÇÃO ACADÊMICA

Graduação

Curso: _____

Instituição: _____

País: _____ Mês e ano de conclusão: _____

Titulação Máxima

() Especialização () Mestrado () Doutorado

Área de Conhecimento: _____

País: _____ Mês e ano de conclusão: _____

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA / Faculdade de Ceilândia
Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA / Faculdade de Ceilândia
Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde

ATIVIDADES ATUAIS

Vínculo com Instituições de Ensino Superior:

Tipo de Vínculo: () empregatício () sem vínculo empregatício () outros

Cargos/Funções/Posições: _____

Instituição: _____

() De ensino e pesquisa () pública ou estatal () privada

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____ - _____

Telefone: (____) _____ FAX: (____) _____

Outras Instituições/Empresas

Tipo de Vínculo: () empregatício () sem vínculo empregatício () outros

Cargos/Funções/Posições: _____

Instituição: _____

() De ensino e pesquisa () pública ou estatal () privada

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____ - _____

Telefone: (____) _____ FAX: (____) _____

SOLICITAÇÃO

Eu, _____, tendo sido aprovado(a) no processo seletivo regido pelo Editais 01/2025 do Programa PGCTS/FCE/UnB, para o curso () mestrado () doutorado, solicito o meu registro como aluno(a) regular no segundo (2º) semestre letivo de 2025.

QUESTIONÁRIO DE DEMANDA SOCIAL

Deseja receber bolsa pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências e tecnologias em saúde? () Sim () Não

Possui vínculo empregatício?

() Sim () Não.

Em ____/____/2025, _____

Assinatura