

# **TERMO DE ACEITAÇÃO DE VAGA**

**Esse termo de aceitação de vaga deve ser enviado para o e-mail [pgctsfce@unb.br](mailto: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