**EDITAL 001/2020-PPGCF/UFPI**

**ANEXO II**

**REQUERIMENTO PARA INSCRIÇÃO**

**Prezado Presidente da Comissão**,

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, venho, *mui* respeitosamente, requerer a V.Sª. que se digne autorizar minha inscrição na **Seleção para o Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas – Nível \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** da Universidade Federal do Piauí nos termos do **Edital 001/2020-PPGCF/UFPI.**

Nestes termos, peço deferimento.

Teresina, Piauí, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_.

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

Assinatura do Candidato

**EDITAL 001/2020-PPGCF/UFPI**

**ANEXO III**

1. **FICHA DE INSCRIÇÃO**
2. **( ) MESTRADO ( ) DOUTORADO**
3. Dados pessoais:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome Completo: | | | | | | | | |
| Filiação | Pai: | | | | | | | |
|  | Mãe: | | | | | | | |
| Data de Nascimento: | | | Naturalidade: | | | | Sexo: | |
| Nacionalidade: | | Estado Civil: | | | | CPF: | | |
| RG nº: | | | | | Órgão Expedidor: | | | UF: |
| Título de Eleitor nº: | | | | | Zona: | | | |
| Certificado de Reservista nº (para sexo masculino): | | | | | | | | |
| Endereço residencial completo: | | | | | | | | |
|  | | | | | Bairro: | | | |
| CEP: Cidade: Estado: | | | | | | | | |
| Fones: | | | | *E-mail*: | | | | |
| Empresa em que trabalha (se for o caso): | | | | | | | | |
| Fone: | | | | *E-mail*: | | | | |

**2. FORMAÇÃO UNIVERSITÁRIA:**

|  |  |
| --- | --- |
| Curso: | Ano de Conclusão: |
| Universidade ou Faculdade: | |
| Cidade: Estado: | |

**3. PARTICIPAÇÃO NO PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO INTERNA DA UFPI:**

( ) Sim ( ) Não

**4. PARTICIPAÇÃO NO PROGRAMA DE INCLUSÃO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA:** ( ) Sim ( ) Não

**4. AUTODECLARAÇÃO DE ETNIA:**

( ) Negro (preto ou pardo)\* ( ) Indígena\*\* ( ) Não se aplica

\*Será considerado única e exclusivamente o fenótipo negro.

\*\* O candidato deve apresentar o Termo de Autodeclaração de Identidade Indígena – TADII, acompanhado da seguinte documentação: a) RANI – Registro de Nascimento Indígena e/ou Carta de Recomendação, emitida por liderança indígena reconhecida ou ancião indígena reconhecido ou personalidade indígena de reputação pública reconhecida ou órgão indigenista e/ou Histórico Escolar emitido por escola indígena; b) Memorial de Educação Indígena.

**5. LINHA DE PESQUISA E ORIENTADOR PRETENDIDOS:**

**( ) Linha 1** - Produção e Controle de Qualidade e Uso de Fármacos e Medicamentos

**( ) Linha 2** - Farmacologia e Toxicologia de Produtos Naturais e Sintéticos

1ª Opção de orientador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2ª Opção de orientador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Obs**.: Apenas uma linha de pesquisa poderá ser indicada pelo candidato. Logo, a 1ª e 2ª opções de orientação devem ser da mesma linha de pesquisa.

**6. EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS** (exposição sucinta de motivos para participar do programa, incluindo pretensões de trabalho na área escolhida).

|  |
| --- |
| Teresina, Piauí, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do Candidato |

**EDITAL 001/2020-PPGCF/UFPI**

**ANEXO IV**

**DECLARAÇÃO DE DEDICAÇÃO AO PPGCF**

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador(a) do RG \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro, para os devidos fins, ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas (PPGCF) da Universidade Federal do Piauí que:

|  |  |
| --- | --- |
|  | A) não possuo vínculo empregatício e que pretendo receber bolsa de estudo, caso o PPGCF disponibilize, como uma forma de me dedicar exclusivamente ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal do Piauí. |
|  | B) possuo vínculo empregatício e que irei dedicar pelo menos 20h/semana ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal do Piauí. |

Para que sejam produzidos todos os efeitos legais, técnicos e administrativos dessa declaração, firmo o presente instrumento e assumo as consequências legais de tal afirmação (Declaração feita em observância aos artigos 297-299 do [Código Penal Brasileiro](http://efomento.cnpq.br/efomento/html/falsiDocPublico.htm)).

Teresina, Piauí, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_.

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

Assinatura do Candidato

**EDITAL 001/2020-PPGCF/UFPI**

**ANEXO V**

**REQUERIMENTO PARA DISPENSA DE PROVA ESCRITA**

**SELEÇÃO DO DOUTORADO**

**Prezado Presidente da Comissão,**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador do RG \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, venho, *mui* respeitosamente, requerer a V.Sª. que se digne autorizar minha **dispensa na etapa da prova escrita** na Seleção para o Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas **– Nível Doutorado** da Universidade Federal do Piauí nos termos do **Edital 001/2020-PPGCF/UFPI.** Segue em anexo documentação comprobatória dos itens exigidos.

( ) Histórico escolar do Mestrado;

( ) Diploma ou declaração emitida pelo programa de pós-graduação *stricto sensu* de origem;

( ) Artigo(s) publicado(s) durante o período do mestrado.

Nestes termos, peço deferimento.

Teresina, Piauí, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_.

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

Assinatura do Candidato