

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**

**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE PERNAMBUCO**

**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO E INOVAÇÃO**

***CAMPUS P*ESQUEIRA/DEPARTAMENTO DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO E INOVAÇÃO**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**EDITAL CPES/IFPE Nº 24/2024**

**ANEXO B – FICHA DE INSCRIÇÃO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DADOS DE IDENTIFICAÇÃO PESSOAL** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nome completo** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nome social (opcional)** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CPF** | | | |  | | | **Data de nascimento** | |  | | | | | | |
|  | | | |  | | | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ | |
| **RG** | | | |  | | | **Órgão emissor** | |  | | **Data de expedição** | | |  | |
|  | | | |  | | |  | |  | | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ | |  | | |
| **Nome da mãe** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CEP** | | |  | | **Endereço** | | | | | | | | | | |
|  | | |  | |  | | | | | | | | | | |
| **Nº** |  | **Complemento** |  | | **Bairro** | | | | |  | | **Cidade** | |  | **Estado** |
|  |  |  |  | |  | | | | |  | |  | |  |  |
| **Telefone** | | | | | |  | | **Email pessoal** | | | | | | | |
| ( ) | | | | | |  | |  | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DADOS DE IDENTIFICAÇÃO PROFISSIONAL** | | | | | | | | | |
| **Instituição de atuação profissional como enfermeiro/a** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **Endereço profissional atual** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **Nº** |  | **Complemento** |  | **Bairro** |  | **Cidade** |  | **Estado** | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| **Telefone** | | |  | **Atuação (assistência, ensino ou gestão)** | | **Tempo de atuação na instituição** | | |  | |
| ( ) | | |  |  |  |  | | |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OPÇÃO DE VAGA (assinale com X)** | | |
|  | |  |
|  | Ampla Concorrência (AC) | |
|  |  | |
|  | Preto, Parto, Indígena ou Quilombola (PPIQ) | |
|  |  | |
|  | Pessoa com Deficiência (PCD) | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SE, PESSOA COM DEFICIÊNCIA** | | | | | | |
| **Qual a deficiência?** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Necessita de condições específicas para se submeter às etapas presenciais previstas no Edital?** | | | | | | |
|  | Sim |  | Não | | | |
| **Se sim, explicite, de forma clara e objetiva, quais são as condições específicas solicitadas** | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **INDIQUE DUAS OPÇÕES DE INTERESSE EM PROVÁVEL ORIENTADOR(A) (assinale com X)** | | | | | | |
| **PRIMEIRA OPÇÃO (assinale uma opção)** | | | |  | **SEGUNDA OPÇÃO (assinale uma opção)** | |
|  | | | |  |  | |
|  | Dra. Ana Carla Silva Alexandre | | |  |  | Dra. Ana Carla Silva Alexandre |
|  | | | |  |  |  |
|  | Dra. Ana Luiza Paula de Aguiar Lélis | | |  |  | Dra. Ana Luiza Paula de Aguiar Lélis |
|  | | | |  |  |  |
|  | Dra. Camilla Maria Ferreira de Aquino | | |  |  | Dra. Camilla Maria Ferreira de Aquino |
|  | | | |  |  |  |
|  | Dra. Cynthia Roberta Dias Torres Silva | | |  |  | Dra. Cynthia Roberta Dias Torres Silva |
|  | | | |  |  |  |
|  | Dr. Guilherme Guarino de Moura Sá | | |  |  | Dr. Guilherme Guarino de Moura Sá |
|  | | | |  |  |  |
|  | Dra. Iris Nayara da Conceição S. Interaminense | | |  |  | Dra. Iris Nayara da Conceição S. Interaminense |
|  | | | |  |  |  |
|  | Dra. Ivanise Brito da Silva | | |  |  | Dra. Ivanise Brito da Silva |
|  | | | |  |  |  |
|  | Dra. Juliana de Castro Nunes Pereira | | |  |  | Dra. Juliana de Castro Nunes Pereira |
|  | | | |  |  |  |
|  | Dra. Luciana Uchôa Barbosa | | |  |  | Dra. Luciana Uchôa Barbosa |
|  | | | |  |  |  |
|  | Dra. Michelline Santos de França | | |  |  | Dra. Michelline Santos de França |
|  | | | |  |  |  |
|  | Dr. Nelson Miguel Galindo Neto | | |  |  | Dr. Nelson Miguel Galindo Neto |
|  | | | |  |  |  |
|  | Dra. Sayane Marlla Silva Leite Montenegro | | |  |  | Dra. Sayane Marlla Silva Leite Montenegro |
|  | | | |  |  |  |
|  | Dra. Silvana Cavalcanti dos Santos | | |  |  | Dra. Silvana Cavalcanti dos Santos |
|  | | | |  |  |  |
|  | Dra. Sílvia Elizabeth Gomes de Medeiros | | |  |  | Dra. Sílvia Elizabeth Gomes de Medeiros |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E ASSINATURA** | | | | |
| Declaro estar de acordo com todas as normas do presente Edital de inscrição, seleção e matrícula no Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) do IFPE, *campus* Pesqueira, e aceito submeter-me a elas. | | | | |
|  |  | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| Local |  | Data |  | Assinatura |