

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE**

FOTO 3x4

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

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

**EDITAL PROPEG Nº 07/2017**

**ANEXO I**

**REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO**

**Nº DE INSCRIÇÃO** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do candidato(a): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Identidade n°: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefone celular:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vem requerer inscrição no Processo de Seleção para o curso de Especialização em Saúde Pública. Para tanto, anexa a documentação solicitada:

( ) Cópia autenticada do diploma de graduação registrado no MEC ou certidão de conclusão de curso na área de graduação;

( ) Cópia do título eleitoral;

( ) Cópia do comprovante de participação no último processo eleitoral, ou declaração de quitação eleitoral emitida pela Justiça Eleitoral ou cópia da justificativa;

( ) Foto 3x4 (uma);

( ) Documento comprobatório de vínculo empregatício na esfera federal, estadual ou municipal no âmbito do Estado do Acre, com atuação no Sistema Único de Saúde;

( ) Cópia autenticada do Registro Geral (RG);

( ) Cópia autenticada do Cadastro de Pessoa Física (CPF);

( ) Cópia do Certificado de Reservista (candidato do sexo masculino);

( ) Declaração de concordância, assinada e carimbada, pelo chefe imediato para funcionários da esfera federal, pelo Secretário Estadual de Saúde para funcionários da esfera estadual e pelo Secretário Municipal de Saúde para funcionários da esfera municipal, quanto à participação do candidato, em caso de aprovação, nas atividades do curso.

Estando ciente das normas deste Edital, assino o presente requerimento.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2017.

(Local / Data)

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

Assinatura do Candidato



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE**

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

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

**EDITAL PROPEG Nº 07/2017**

**ANEXO II**

**DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA**

**(assinada e carimbada pelo chefe imediato para funcionários da esfera federal, pelo secretário estadual de saúde para funcionários da esfera estadual e pelo secretário municipal de saúde para funcionários da esfera municipal)**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (especificar o cargo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, tendo conhecimento do Edital do Processo Seletivo para o curso de Especialização em Saúde Pública da Universidade Federal do Acre, declaro que, em caso de aprovação, concordo com a liberação de (nome do candidato) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ para participar das atividades deste curso. Declaro ter conhecimento de que as atividades previstas para o curso totalizam 390 (trezentas e noventa) horas, sendo que para sua operacionalização os alunos terão três períodos mensais por disciplina em horários matutino e vespertino. Um primeiro momento de 02 (dois) ou 03 (três) dias (preferencialmente quinta, sexta e sábado), um segundo momento de dispersão e um terceiro momento de 02 (dois) ou 03 (três) dias (preferencialmente quinta, sexta e sábado), onde serão oferecidos os módulos teóricos (285h). A prática integrada, equivalente a 60h, será realizada nos serviços de saúde. A elaboração e apresentação do Trabalho de Conclusão de Curso correspondem a 45h da carga horária total. O Curso de Especialização em Saúde Pública terá início em junho de 2017, e término em maio de 2018.

Declaro que o compromisso firmado neste documento será cumprido.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2017.

(Local / Data)

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

Assinatura com carimbo



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE**

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

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

**EDITAL PROPEG Nº 07/2017**

**ANEXO III**

**DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador(a) do RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_, expedido pelo(a) \_\_\_\_\_\_\_\_, inscrito(a) no CPF sob o nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, DECLARO para os devidos fins de comprovação de residência, sob as penas da Lei (art. 2º da Lei 7.115/83), que sou residente e domiciliado no endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Estado \_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2017.

(Local / Data)

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

Assinatura do(a) Declarante