

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

Faculdade de Farmácia Odontologia e Enfermagem

Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família (PPGPSF)

**FORMULÁRIO DE CADASTRO DE PESQUISADORES BRASILEIROS EXTERNOS A UFC (para Banca)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome**  |  |
| **Instituição de Ensino** |  |
| **CPF** |  |
| **E-mail** |  |
| **Nome da mãe** |  |
| **Data de nascimento** |  |
| **Raça**  | **Amarela ( ) Branca( ) Indígena( ) Parda( ) Preta( )** |
| **Escola de conclusão do ensino médio** |  |
| **Ano de conclusão do ensino médio** |  |
| **Tipo de escola**  | **( ) Pública ( ) Privada** |
| **Estado:** |  |
| **Município:** |  |

* **Anexar cópia de Diploma de Doutorado**