



Universidade Estadual do Ceará – UECE  
Centro de Estudos Sociais Aplicados – CESA  
Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas – PPGPP  
Doutorado em Políticas Públicas



**ANEXO I - Formulário de Inscrição**

**IDENTIFICAÇÃO**

Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Raça/Cor: ( ) Branca ( ) Preta ( ) Parda ( ) Amarela ( ) Indígena ( ) Não declarado ( )

Portador de Necessidades Especiais: ( ) Sim ( ) Não

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

RG: \_\_\_\_\_ Orgão Exp.: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_

End.Res: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Fone: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Nome do pai: \_\_\_\_\_

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

**DADOS PROFISSIONAIS**

Empresa em que Trabalha: \_\_\_\_\_

Cargo que Exerce: \_\_\_\_\_

Tempo de Serviço: \_\_\_\_\_

Fone p/ Contato: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**FORMAÇÃO UNIVERSITÁRIA**

1. Graduação Obtida: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Data de Conclusão: \_\_\_\_\_

2. Graduação Obtida: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Data de Conclusão: \_\_\_\_\_

1. Pós - Graduação Obtida: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Data de Conclusão: \_\_\_\_\_

2. Pós - Graduação Obtida: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Data de Conclusão: \_\_\_\_\_



Universidade Estadual do Ceará – UECE  
Centro de Estudos Sociais Aplicados – CESA  
Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas – PPGPP  
Doutorado em Políticas Públicas



INDIQUE A LINHA DE PESQUISA DO PROJETO

LINHA DE PESQUISA	OPÇÃO
5. Cooperação Internacional, desafios estratégicos e construção de nacionalidades	( )

REQUERIMENTO DE CONDIÇÃO ESPECIAL

**Obs:** Este campo se destina ao(a) candidato(a) que possua alguma deficiência (permanente ou temporária). O(a) mesmo(a) deverá, na justificativa, solicitar os recursos técnicos necessários a sua participação na seleção.

( ) Sim Não ( )

Justificativa: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Fortaleza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Nome do Candidato (a): \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

Responsável pela inscrição (funcionário): \_\_\_\_\_

Fortaleza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021