



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
1. Avaliação em Políticas Públicas	( )
2. Estado, Democracia e Políticas Públicas	( )
3. Governança e Participação Popular	( )
4. Políticas Sociais e Superação das Desigualdades	( )

MARQUE ABAIXO A LÍNGUA PARA A PROVA DE PROFICIÊNCIA A SER REALIZADA NO  
DOUTORADO DE POLÍTICAS PÚBLICAS – CHAMADA PÚBLICA Nº 85 / 2018

( ) Espanhol      ( ) Inglês      ( ) Francês      ( ) Português

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: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Responsável pela inscrição: \_\_\_\_\_

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

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

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

Responsável pela inscrição \_\_\_\_\_

Fortaleza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019