ANEXO II

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

| **FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO REFERENTE AO PROCESSO SELETIVO REGIDO PELO EDITAL FCS/UFLA Nº 005/2025** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome: | | | |
| CPF: | | Identidade: | |
| Endereço: | | | |
| Cidade: | UF: | | CEP: |
| E-mail: | Telefone: | | Telefone: |
| Universidade de Origem: | | | |
| Curso: | | | |
| Código da vaga pretendida: | | | |
| Desejo concorrer às vagas: ( ) de ampla concorrência ( ) reservadas para pretos ou pardos | | | |
| Data Assinatura do Candidato | | | |
| **PARA USO DA FCS** | | | |
| ( ) Cédula de Identidade;  ( ) Cadastro de Pessoa Física(CPF);  ( ) Comprovante de Matrícula;  ( ) Histórico Escolar  ( ) Curriculum Vitae;  ( ) Comprovante da apólice de seguros contra acidentes pessoais, apenas para estudantes de outras instituições de ensino;  ( ) Declaração que o estágio é obrigatório.  Para candidatos que concorrerão às vagas reservadas para pretos ou pardos:  ( ) Autodeclaração de cor/raça (Anexo IV);  ( ) Foto 3x4;  ( ) Selfie segurando o RG. | | | |