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. |