**ANEXO I**

| **FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO PARA CANDIDATURA DE REPRESENTANTE** **DA FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE NA COMISSÃO PRÓPRIA DE AVALIAÇÃO** |
| --- |

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

Representante: ( ) Docente ( )TAE

| CPF: | Telefone: ( )  |
| --- | --- |
| Lotação na UFLA:  | SIAPE:  |

**Termo de aceitação:** Declaro estar ciente que a efetivação da candidatura implicará na concordância com a investidura ao cargo e no conhecimento e aceitação tácita das condições estabelecidas pelo **Edital FCS nº 006/2025**, das quais não poderei alegar desconhecimento.

Lavras, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2025.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura

| **PARECER COMISSÃO ESCRUTINADORA** |
| --- |

Inscrição ( ) DEFERIDA ( ) INDEFERIDA

Observação: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lavras, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2025.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Presidente da Comissão Escrutinadora