



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Oswaldo Cruz

ANEXO II
FORMULARIO DE INSCRIÇÃO DO
PROGRAMA DE PÓS-DOCTORADO DO INSTITUTO OSWALDO CRUZ

!Preencher com letra de imprensa ou digitar os dados!

I - Dados do Candidato:

Nome:	<input type="text"/>				
Nome Social:	<input type="text"/>				
Em cumprimento ao Decreto nº 8.727/2016, que dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional, os candidatos poderão solicitar no requerimento de inscrição a inclusão do seu nome social desde que acompanhado do nome civil.					
Carteira de Identidade:	<input type="text"/>	Expedida em:	<input type="text"/>	Órgão:	<input type="text"/>
CPF:	<input type="text"/>	Data de nascimento:	<input type="text"/>	Sexo:	<input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino
Nacionalidade:	<input type="text"/>	Passaporte (somente para estrangeiros):	<input type="text"/>		
Telefone Residencial:	<input type="text"/>	Celular:	<input type="text"/>		
Endereço eletrônico (e-mai):	<input type="text"/>				
CV Lattes:	<input type="text"/>				
Endereço:	<input type="text"/>				
Bairro:	<input type="text"/>	Cidade:	<input type="text"/>		
Estado:	<input type="text"/>	País:	<input type="text"/>	CEP:	<input type="text"/>

II- Dados do Supervisor:

Nome:	<input type="text"/>		
Laboratório/ setor:	<input type="text"/>		
Link CV Lattes:	<input type="text"/>		
Chefia Imediata:	<input type="text"/>		

III - Dados do Projeto:

Título do Projeto:	<input type="text"/>		
Início:	<input type="text"/>	Término:	<input type="text"/>
Bolsa:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Em caso afirmativo, indicar:	
Agência Financiadora:	<input type="text"/>		
Nº Processo:	<input type="text"/>		

IV- Dados Profissionais(vínculo empregatício em instituição de ensino/pesquisa ou empresa):

Afastamento remunerado de emprego:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Instituição:	<input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Pública
Razão Social:	<input type="text"/>
Endereço:	<input type="text"/>
Telefone:	<input type="text"/>

Em caso de instituição pública será necessário anexar comprovante do afastamento.

V- Regime de dedicação ao programa:

<input type="text"/>	Horas semanais
----------------------	----------------

VI- Termo de Compromisso:

Declaro, para fins de direito, conhecer as Normas fixadas pelas diretrizes do Programa de Pós-doutorado (anexo I) e assumo compromisso de dedicar-me às atividades descritas no projeto de pesquisa durante a vigência do estágio de Pós-Doutorado.

Em _____ de _____ de _____

Candidato: _____
(assinatura e carimbo)

Supervisor do Candidato: _____
(assinatura e carimbo)