

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE**

Foto 3x4

**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E DO DESPORTO**

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

**EDITAL PROPEG Nº 06/2019 – ANEXO I**

**REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO**

**Nº DE INSCRIÇÃO** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do candidato(a): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Identidade n°: \_\_\_\_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefone celular:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vem requerer inscrição no Processo de Seleção para o curso de Especialização em Saúde Pública. Para tanto, anexa a documentação solicitada:

( ) Cópia do diploma de graduação registrado no MEC ou certidão de conclusão de curso;

( ) Cópia do título eleitoral;

( ) Cópia do comprovante de participação da justificativa referente ao último processo eleitoral, ou declaração de quitação eleitoral emitida pela Justiça Eleitoral;

( ) Foto 3x4 (uma);

( ) Documento comprobatório de vínculo empregatício na esfera federal, estadual ou municipal no âmbito do Estado do Acre, com atuação no Sistema Único de Saúde;

( ) Cópia do Registro Geral (RG) e do Cadastro de Pessoa Física (CPF);

( ) Cópia do Certificado de Reservista (candidato do sexo masculino);

( ) Declaração de concordância, assinada e carimbada, pelo chefe imediato para funcionários da esfera federal, pelo Secretário Estadual de Saúde para funcionários da esfera estadual e pelo Secretário Municipal de Saúde para funcionários da esfera municipal, quanto à participação do candidato em caso de aprovação nas atividades do curso.

Estando ciente das normas deste Edital, assino o presente requerimento.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2019.

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

Assinatura do Candidato

**EDITAL PROPEG Nº 06/2019**

**ANEXO II**

**DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA**

**(assinada e carimbada pelo chefe imediato para funcionários da esfera federal, pelo secretário estadual de saúde para funcionários da esfera estadual e pelo secretário municipal de saúde para funcionários da esfera municipal)**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (especificar o cargo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, tendo conhecimento do Edital do Processo Seletivo para o curso de Especialização em Saúde Pública da Universidade Federal do Acre, declaro que, em caso de aprovação, concordo com a liberação de (nome do candidato) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ para participar das atividades deste curso. Declaro ter conhecimento de que as atividades previstas para o curso totalizam 390 (trezentas e noventa) horas, sendo que para sua operacionalização os alunos terão três períodos mensais por disciplina em horários matutino e vespertino. Um primeiro momento de 02 (dois) ou 03 (três) dias (preferencialmente quinta, sexta e sábado), um segundo momento de dispersão e um terceiro momento de 02 (dois) ou 03 (três) dias (preferencialmente quinta, sexta e sábado), onde serão oferecidos os módulos teóricos (285h). A prática integrada, equivalente a 60h, será realizada nos serviços de saúde. A elaboração e apresentação do Trabalho de Conclusão de Curso correspondem a 45h. O Curso de Especialização em Saúde Pública terá início em maio de 2019, e término em maio de 2020.

Declaro que o compromisso firmado neste documento será cumprido.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2019.

(Local / Data)

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

Assinatura com carimbo

**EDITAL PROPEG Nº 06/2019**

**ANEXO III**

**DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador(a) do RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_, expedido pelo(a) \_\_\_\_\_\_\_\_, inscrito(a) no CPF sob o nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, DECLARO para os devidos fins de comprovação de residência, sob as penas da Lei (art. 2º da Lei 7.115/83), que sou residente e domiciliado no endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Estado \_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Acre \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2019.

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

Assinatura do(a) Declarante



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE**

**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E DO DESPORTO**

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

**EDITAL PROPEG Nº 06/2019 – ANEXO IV**

**REQUERIMENTO DE MATRÍCULA (Curricular)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **I- Identificação:** | | |
| **Nome do(a) candidato(a)**: | | |
| Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ | Cidade: | Estado: |
| Sexo: ( ) M ( ) F | Estado civil: | Cor: |
| Nº de identidade: Órgão expedidor: | | |
| CPF: E-mail: | | |
| Telefone: | Celular: |  |
| Endereço Residencial: | | |
| CEP: | Bairro: | Cidade: |

Vem requerer matrícula no Curso de Especializaçãoem Saúde Pública. Para tanto, anexa a documentação solicitada:

**( )** Cópia do comprovante de matrícula institucional emitido pelo Nurca;

**( )** Termo de Compromisso (ANEXO V);

Estando ciente das normas deste Curso, assina o presente requerimento.

Rio Branco/AC, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2019.

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

Assinatura do(a) Candidato(a)



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE**

**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E DO DESPORTO**

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

**EDITAL PROPEG Nº 06/2019 – ANEXO V**

**TERMO DE COMPROMISSO**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, candidato(a) a uma vaga no Curso de Especialização em Saúde Pública, da Universidade Federal do Acre – Ufac, no Processo Seletivo de acordo com o Edital Propeg nº 06/2019, assumo o compromisso de participar integralmente de todas as atividades deste curso durante o período de sua realização.

Rio Branco/AC, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2019.

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

Assinatura do(a) Candidato(a)