##### ANEXO II

**FICHA DE INSCRIÇÃO**

**IDENTIFICAÇÃO**

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

Naturalidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nacionalidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Nome da Mãe:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do Pai:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RG:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Emitido por:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

CPF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Possui vínculo empregatício: ( ) Sim ( ) Não.

Se sim, qual vínculo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Se aprovado no PPGBC, manterá seu vínculo empregatício? ( ) Sim ( ) Não.

Se sim, manterá seu vínculo empregatício percebendo seus vencimentos? ( ) Sim ( ) Não.

**Deseja concorrer em qual tipo de vaga? *(marque apenas uma opção)***

( ) Grupo I: ampla concorrência

( ) Grupo II: pessoa negra de cor preta ou parda, indígena ou quilombola

( ) Grupo III: pessoa com deficiência - PcD

**PARA EFEITO DO EDITAL Nº. 01/2023 PPGBC/UFPA,**

se autodeclara pessoa negra de cor preta ou parda? (   ) Sim   (   ) Não ***(Obrigatório)***

se autodeclara pessoa indígena ou quilombola? (   ) Sim   (   ) Não ***(Obrigatório)***

se autodeclara pessoa com deficiência? (   ) Sim   (   ) Não ***(Obrigatório)***

**Caso pessoa com deficiência, qual o tipo de deficiência você declara?**

( ) cego

( ) baixa visão

( ) visão monocular

( ) surdo (usuário da Libras) ( ) deficiência auditiva.

( ) transtorno do Espectro autista

( ) deficiência intelectual

( ) deficiência física. Especificar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) deficiência múltipla. Especificar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DADOS DE CONTATO**

Telefone (DDD+nº): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rua:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Complemento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Bairro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CEP:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ UF:\_\_\_\_

**FORMAÇÃO ACADÊMICA (GRADUAÇÃO)**

Nome do Curso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Instituição:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

País: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ UF:\_\_\_\_

Ano de conclusão:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Qual a Linha de Pesquisa do seu interesse? *(marque apenas uma opção)***

( ) 1 - Caracterização da biodiversidade

( ) 2 - Conservação e manejo da biodiversidade

( ) 3 - Sociedade e ambiente

**Indique dois (2) possíveis orientadores (preenchimento obrigatório, consulte Anexo I):**

(preenchimento obrigatório, consulte a lista no Anexo I. Obs.: este item tem efeito apenas de indicação, não possuindo efeito definitivo).

Orientador(a) 1) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Orientador(a) 2) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Como tomou conhecimento deste Edital de Seleção?**

( ) via site do Programa

( ) através de folders e cartazes

( ) via site da Universidade/Propesp

( ) através da Secretaria/Coordenação do Programa

( ) Redes sociais/aplicativos de mensagens

( ) através de amigos e outros

( ) através de professores, alunos e ex-alunos do Programa

**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins que este formulário contém informações completas e exatas e comprometo-me a seguir o Regimento do Programa de Pós-Graduação, caso seja selecionado(a).

Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2023.

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

Assinatura do(a) candidato(a)

*(Candidatos(as) brasileiros(as), usar assinatura digital via portal Gov.br)*