

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA**

# REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO

|  |
| --- |
| PREENCHER COM LETRA DE FORMA |
| :Na Nome Completo / Nome Social: |
| Documento de identidade/órgão emissor: | Data de Expedição: | CPF: |
| E-mail: | Telefones para contato com DDD: |  |
| Endereço residencial: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Caso a inscrição seja feita por procurador, preencher os campos abaixo:** |
| Nome do procurador: |
| Documento de identidade/órgão emissor: | Data de Expedição: | CPF |
| Endereço residencial do procurador: |
| vem, perante Presidente da Comissão de Seleção, nos termos do art. 14 da Resolução nº 07/2017 do Consepe, requerer inscrição no Processo Seletivo Simplificado para Professor Substituto de que trata o Edital nº 18/2023, publicado no Diário Oficial da União nº 66 , de 05/04/2023, seção 03, p. 57-58. |
| Departamento responsável:**CCM – Departamento de Promoção da Saúde** | Área do conhecimento para a qual deseja se inscrever:**[ ] Saúde Coletiva**   **[ ] Saúde da Família** |
| Isenção¹: CADúnico ( ) Doador de Medula Óssea ( ) |  Candidato autodeclarado negro²: sim ( ) não ( ) |
| Pessoa com deficiência³: sim ( ) não ( ) | Informe tipo de atendimento especial(caso necessário): |
| Declaro, ainda, que estou de acordo com as normas constantes na Resolução nº 07/2017 do Consepe/UFPB, bem como as legislações aplicáveis, e no edital do Processo Seletivo Simplificado acima mencionado e demais procedimentos definidos pela Comissão de Seleção.O requerente afirma serem verídicas as informações prestadas neste requerimento, assim como a regularidade e veracidade de toda documentação apresentada, sem prejuízo às sanções administrativas, civis e penais aplicáveis em caso de declaração falsa. |
| Local e data | Assinatura do candidato ou procurador |