**Anexo I. Formulário de inscrição para processo seletivo de bolsistas - PPGFON UFPB/UFRN**

Eu, ,documento de identidade Nº XXXXXXXX, Cadastro de Pessoa Física – CPF Nº XXXXXXXXXX e

matrícula Nº XXXXXXXXX, venho, por meio deste, requerer minha inscrição no processo seletivo para

concessão de bolsas de estudo do Programa Associado de Pós-graduação em Fonoaudiologia

UFPB/UFRN. Declaro atender aos requisitos exigidos pelo Programa de Demanda Social da CAPES

(Portaria CAPES nº 76, de 14 de abril de 2010 e Portaria Conjunta nº 1, de 15 de julho de 2010) e ao

disposto na Resolução nº 01/2019 PPGFON de 26 de julho de 2019.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dados pessoais** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| Nome: |  | | | | | | | | | | | | |
| Data de nascimento: | | |  | | | | | Estado civil: | | |  | | |
| Nacionalidade: |  | | | | | Naturalidade: | |  | | | | | |
| Endereço: |  | | | | | | | | | Número: | |  | |
| Bairro: |  | | | | Cidade: | |  | | | | | UF: |  |
| CEP: |  | | | Celular: |  | | | | Fone: | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **Dados acadêmicos** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| Instituição: | | ( ) UFPB ( ) UFRN | | | | | | | | | | | |
| Linha de pesquisa: | | ( ) Voz e funções orofaciais: aspectos funcionais e fundamentos da reabilitação | | | | | | | | | | | |
| ( ) Desenvolvimento e reabilitação da audição e linguagem. | | | | | | | | | | | |
| Orientador(a): | |  | | | | | | | | | | | |

Natal, XXXXXXX de XXXXXXX de XXXX

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

Assinatura do candidato

**Anexo II. Declaração de veracidade das informações fornecidas na ficha de inscrição no**

**processo de seleção de bolsistas**

**DECLARAÇÃO**

EU, XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, documento de identidade Nº XXXXXXXX e Cadastro de

Pessoa Física – CPF Nº XXXXXXXXXX, declaro a veracidade das informações por mim fornecidas

neste formulário e nos documentos de comprovação, e autorizo a Comissão Própria de Bolsas ou a

Coordenação do Programa Associado de Pós-Graduação em Fonoaudiologia UFPB/UFRN efetuar a

verificação dos dados. Declaro ter ciência da minha exclusão no processo de seleção de bolsas do

Programa Associado de Pós-Graduação em Fonoaudiologia UFPB/UFRN na falta de documentos,

apresentação de documentos fora do padrão e/ou ilegíveis, preenchimento incorreto do formulário ou

desorganização da ordem de apresentação.

Natal, xx de xxxxxx de xxxx.

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

Assinatura do (a) discente (Assinatura com firma reconhecida)

**Anexo III. Declaração de que irá fixar residência na região metropolitana da cidade de origem**

**da instituição do seu orientador**

**DECLARAÇÃO**

Eu, XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, documento de identidade Nº XXXXXXXX e Cadastro de

Pessoa Física – CPF Nº XXXXXXXXXX, declaro para os devidos fins, que durante o período de

vigência da bolsa do Programa Associado de Pós-Graduação em Fonoaudiologia UFPB/UFRN,

fixarei residência na região metropolitana da cidade em que está situada na universidade na qual o

meu orientador estar vinculado, dedicar-me-ei integralmente ao curso, não acumularei bolsa deste

programa com outra e quando possuir vínculo empregatício estarei liberado das atividades

profissionais e sem vencimentos.

Natal, xx de xxxxxx de xxxx.

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

Assinatura do (a) discente (Assinatura com firma reconhecida)