FAO UFMG
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

INSCRIÇÃO N° _____

Data: _____/_____/_____

_____
Assinatura (CPGO)

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO À SELEÇÃO DO CURSO DE **MESTRADO PROFISSIONAL** EM ODONTOLOGIA

Ilma. Sra. Profa. Isabela Almeida Pordeus
Coordenadora do Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Odontologia

---

Eu, _____, abaixo assinado, diplomado(a) pela _____, em ____/_____/____, registro no CRO nº _____, RG:_____, CPF: _____ residente à _____ _____n°_____ Aptº _____, Bairro: _____ Tel. ( ) _____, Celular: ( ) _____ CEP: _____, Cidade _____, Estado: _____, e-mail: _____, solicita de V.Sa. sua inscrição nas vagas de:

☐ Ampla concorrência

☐ Políticas Afirmativas (**Candidato(a) optante por uma única modalidade de vaga reservada**)

- ☐ Autodeclarado Étnico-Racial
- ☐ Autodeclarado pessoa com deficiência – informar a deficiência _____
- ☐ Autorreconhecimento Indígena

ao exame de seleção de candidatos ao curso de MESTRADO PROFISSIONAL de Odontologia em Saúde Pública.

Para esse fim, junta a este requerimento os seguintes documentos (a serem assinalados pelo CPGO):

_____ comprovante de pagamento da taxa de inscrição/isenção FUMP
_____1 (UMA) foto 3 x 4;
_____ Certificado de Alistamento Militar; **CPF; Cart. de Identidade**; **Cert. Nascim/Casam.**
_____ certidão de quitação eleitoral;
_____ cópia do comprovante de endereço (conta de água, luz ou telefone);
_____ cópia do diploma de graduação - frente e verso;
_____ histórico escolar dos cursos de Graduação;
_____ cópia do passaporte com páginas de identificação e de visto de entrada que permita estudos no Brasil;
_____ "curriculum vitae", no formato *Lattes.*
_____ comprovantes, do "curriculum vitae" no formato lattes, impressos.
_____ 3 (três) vias do plano de trabalho para elaboração de tese.
_____ comprovante de proficiência de língua estrangeira

☐ **Optante por uma única modalidade de vaga reservada, apresentar o documento relativo a modalidade**

_____ Formulário autodeclaração Étnico-Racial;
_____ Formulário autodeclaração de pessoa com deficiência;
_____ Relatório do médico assistente;
_____ Formulário de solicitação de condições especiais para realizar a prova;
_____ Formulário autorreconhecimento indígena;
_____ Formulário declaração de lideranças indígenas;
_____ Formulário declaração da Funai atestando a residência em comunidade indígena.

Nestes termos
Pede deferimento. _____ Belo Horizonte, ____ de ____ de 20____
Candidato

RECEBEMOS A DOCUMENTAÇÃO REFERENTE À INSCRIÇÃO DA SELEÇÃO DO **CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ODONTOLOGIA**

☐ Ampla Concorrência

☐ Políticas Afirmativas

- ☐ Autodeclarado Étnico-Racial
- ☐ Autorreconhecimento Indígena
- ☐ Autodeclarado pessoa com deficiência: _____

INSCRIÇÃO N° _____ **Data:** _____/_____/_____

Nome do Candidato _____

_____
Assinatura (CPGO)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Tel.: +55 (31) 3409-2402 – Fax: +55 (31) 3409.2430 – E-mail: odonto-dir@ufmg.br
Av. Antônio Carlos, nº 6627, Pampulha – 31270-901 – Belo Horizonte – MG – Brasil