



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rua Basílio da Gama S/N, Canela - 40.110-040 Salvador-Bahia-Brasil
E-mail: ppgsc@ufba.br ☎ (71) 3283-7409/7410



SELEÇÃO DE BOLSA DE ESTUDOS PARA DISCENTES DO PPGSC – MESTRADO E DOUTORADO 2019 (NOVOS BOLSISTAS)

Ao preencher e entregar esse formulário você estará solicitando à Coordenação inscrição no processo seletivo 2019 para obter bolsa de estudos (nova) do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Assim fazendo, você declara que conhece e aceita os termos da Portaria CAPES/MEC No.76 de 14/04/2010 e os critérios do PPGSC para concessão de bolsa e que você preenche todos os requisitos exigidos pela CAPES/CNPQ e pela FAPESB, atualmente vigentes, para a concessão de bolsa de estudos.

Ao inscrever-se nesse processo seletivo, você declara ainda que sabe e aceita: 1) que o processo seletivo é classificatório, baseado na pontuação obtida a partir das informações prestadas e de acordo com os critérios estabelecidos; 2) que o PPGSC concederá bolsas de estudo em número compatível com a disponibilidade de recursos financeiros e de acordo com as normas da CAPES/CNPQ; 3) que em caso de concessão, no ato da assinatura do formulário para implantação da bolsa ou a qualquer momento que julgar necessário, o PPGSC poderá solicitar documentos comprobatórios das informações prestadas; 4) que são verdadeiras as informações aqui prestadas e que você tem conhecimento de que o fornecimento de informações inverídicas resultará na suspensão, em caso de concessão, do benefício, além de responder legalmente com ressarcimento ao erário público.

Preencha integralmente esse formulário e entregue na Secretaria do PPGSC, juntamente com a avaliação socioeconômica da PROAE. O conjunto das informações desses formulários subsidiará a decisão da Comissão de Bolsas do PPGSC.

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO

Nome do/a aluno/a: _____

Número de matrícula: _____

Aluno/a estrangeiro/a: Sim Não

Número do passaporte (apenas para estrangeiros/as): _____

RG: _____ Data de Expedição: _____

Órgão Expedidor/Estado: _____

Curso: Mestrado Doutorado

Área de Concentração:

Epidemiologia Planificação e Gestão em Saúde Ciências Sociais em Saúde

Nome do/a Orientador/a: _____

Ano de início do curso: _____

Responda, assinalando uma das seguintes respostas:

Declaro que não recebo qualquer modalidade de auxílio ou Bolsa de outro Programa da CAPES, de outra agência de fomento pública, nacional ou internacional, ou empresa pública ou privada.

Declaro que recebo Bolsa, mas me enquadro em uma das exceções previstas na CAPES/MEC No.76 de 14/04/2010.

Declaro que são verdadeiras as informações aqui prestadas. O fornecimento de informações inverídicas resultará na suspensão, em caso de concessão do benefício, além das devidas ações legais e ressarcimento ao erário público.

Data: ____/____/____

Assinatura do/a aluno/a: _____