

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](mailto:ppgsc@ufba.br) **🕿**(71) 3283-7410/7416

SELEÇÃO DE BOLSA DE ESTUDOS PARA DISCENTES DO PPGSC – MESTRADO E DOUTORADO 2020 (NOVOS BOLSISTAS)

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO

Ao preencher e entregar esse formulário você estará solicitando à Coordenação inscrição no processo seletivo 2020 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 n.º 034, de 30 de maio 2006 e os critérios do PPGSC para concessão de bolsa e que você preenche todos os requisitos exigidos pela CAPES, CNPQ e 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/FAPESB; 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.

**Preencha integralmente esse formulário e envie para o e-mail ppgsc@ufba.br.** O conjunto das informações desses formulários subsidiará a decisão da Comissão de Bolsas do PPGSC.

|  |
| --- |
| Nome do/a aluno/a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| Número de matrícula: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nome do/a Orientador/a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Link do seu CV Lattes atualizado: |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Aluno/a estrangeiro/a: |  |  | Sim |  |  | Não |

|  |
| --- |
| Número do passaporte (apenas para estrangeiros/as): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Data de Expedição: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| Órgão Expedidor/Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Curso: |  |  | Mestrado |  | Doutorado |

|  |
| --- |
| Área de Concentração: |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Epidemiologia |  | Planificação e Gestão em Saúde |  | Ciências Sociais em Saúde |

|  |
| --- |
| Possui vínculo empregatício? ( ) Não ( ) Sim  Em caso afirmativo:  a) Especifique seu vínculo (cargo, instituição e município onde trabalha): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  b) Está liberado para cursar o mestrado/doutorado?  ( ) não ( ) sim, parcialmente ( ) sim, integralmente  c) Se estiver liberado, assinale sua situação:  ( ) com vencimento ( ) sem vencimento  Tem alguma outra atividade remunerada? ( ) não ( ) sim  Em caso afirmativo, especifique \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Teve bolsa anteriormente no PPGSC?

|  |
| --- |
| Sim |
| Não |

Mudou para Salvador para realizar o curso de Mestrado ou Doutorado, em que está atualmente matriculado?

|  |
| --- |
| Sim – Residia em outro país |
| Sim – Residia em outro estado brasileiro |
| Sim – Residia em outro munícipio da Bahia fora da Região Metropolitana de Salvador |
| Não – Reside em munícipio fora da Região Metropolitana de Salvador |
| Não - Já residia em Salvador ou município da Região Metropolitana |

Possui algum tipo de bolsa proveniente de recursos públicos?

|  |
| --- |
| Sim |
| Não |

Possui rendimento?

|  |
| --- |
| Sim– Até o valor da bolsa |
| Sim– Maior que o valor da bolsa e até 1,5x o valor da bolsa |
| Sim – Maior que 1,5x o valor da bolsa |
| Não |

Unicamente para quem possui rendimento:

|  |
| --- |
| Paga aluguel e não tem corresponsável |
| Paga aluguel e tem corresponsável |
| Não paga aluguel |

Unicamente para quem possui rendimento:

|  |
| --- |
| Tem dependente financeiro e não tem corresponsável |
| Tem dependente financeiro e tem corresponsável |
| Não tem dependente financeiro |

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

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

Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Assinatura do/a aluno/a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_