**ANEXO II**

**REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO NÍVEL: DOUTORADO/EDITAL 04/2024**

**REQUERIMENTO**

**DE INSCRIÇÃO**

|  |
| --- |
| Colar foto 3x4 neste espaço |

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, graduado/a em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, venho por meio deste, requerer minha inscrição à seleção ao Curso de Doutorado em Literatura Comparada da UFC.

|  |
| --- |
| **LINHA DE PESQUISA (Consultar ANEXO I):** |
|  |
|  |
| **ÁREA TEMÁTICA/PROJETO (Consultar ANEXO I)** |
|  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DADOS PESSOAIS**  Nome do/a candidato/a  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |
| Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino | | | | | | | | | |
| Data de Nascimento / / | | | | | | | | | |
| Estado Civil:  Naturalidade:  Nacionalidade: | | | | | | | | | |
| Filiação  Pai:  Mãe: | | | | | | | | | |
| Autodeclaração étnico-racial: | | | | | | | | | |
| Optante pelas ações afirmativas (vagas reservadas)?  ( ) Sim ( ) Não | | | | | | | | | |
| Nº da Carteira de Identidade: | | | | | | Órgão Expedidor: | | | |
| CPF: | Doc. de Quitação do Serviço Militar: | | | | | | | | |
| Título de eleitor Nº: | | | | | Zona: | | | Seção: | |
| Endereço Residencial: Rua/Av. | | | | | | | | | |
| Complemento: | | | Bairro | | | | | | Nº |
| Cidade: | | | | CEP: | | | | | UF: |
| Telefone: Res. ( ) | | Trab: ( ) | | | | | Cel. ( ) | | |
| E-mail: | | | | | | | | | |
| *Link* do Currículo Lattes: | | | | | | | | | |
| **DADOS ACADÊMICOS**  **DADOS ACADÊMICOS** | | | | | | | | | |
| Maior nível obtido: ( ) Graduação ( ) Especialização ( ) Mestrado ( ) Doutorado | | | | | | | | | |
| Data de conclusão do curso de maior nível: / / | | | | | | | | | |
| Nome da Instituição: | | | | | | | | | |
| Nome do Curso: | | | | | | | | | |
| Outros Cursos: | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **OUTRAS INFORMAÇÕES** |
| **1. Tempo para estudos durante o curso:** ( ) Integral ( ) Parcial |
| **2. Residirá em Fortaleza durante o curso?** ( ) Sim ( ) Não |
| **3. Caso tenha vínculo empregatício, contará com afastamento?** ( ) Sim ( ) Não |
| **4. Afastamento remunerado?** ( ) Sim ( ) Não |
| **5. Em não tendo vínculo empregatício, solicitará bolsa de estudos?** ( ) Sim ( ) Não |
| **6. Caso o PPGLetras não disponha de bolsas, qual a fonte de recursos de que disporá para sua manutenção durante o curso?**  ( ) Recursos próprios ( ) Salário ( ) Outros |
| **7. Área de atuação em que pretende se ocupar após terminar o curso de Mestrado ou Doutorado:** |
| ( ) Ensino ( ) Pesquisa ( ) Extensão ( ) Administração ( ) Outra |
| **8. Experiência profissional (dizer se atual ou passada, especificando datas)**  Vínculo em Instituição de Ensino: ( ) Sim ( )Não  Função:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Instituição:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **9. Candidato/a com deficiência?** ( ) Sim ( )Não  Especificar: |
| **10. Condições especiais para realizar o exame de seleção?** ( ) Sim ( )Não  Especificar: |
| **11. Declaração (escolher o caso aplicável) – Preenchimento obrigatório segundo o Regimento do PPGLetras, Art. 36º, VII**  Eu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (candidato/a), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (desempregado ou autônomo) declaro possuir disponibilidade de tempo para a realização do curso, tendo conhecimentos dos prazos de conclusão e da não garantia de bolsas para todos os ingressantes.  Fortaleza, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_de 2024.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura do/a candidato/a  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome do empregador e cargo na empresa/órgão/instituição etc.), declaro estar ciente de que \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (candidato/a) terá atividades a cumprir junto ao Programa de Pós-Graduação em Letras da Universidade Federal do Ceará, e que meu/minha funcionário/a declara possuir disponibilidade de tempo para a conclusão do curso, sem prejuízo de eventuais negociações de dispensa de turno ou reorganização do cumprimento de sua carga horária.  Fortaleza, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_de 2024.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura do/a candidato/a  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura do/a empregador/a |

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

*O/A candidato/a assume a* ***inteira e exclusiva responsabilidade pelo conteúdo, veracidade, ausência ou irregularidade das informações prestadas*** *na documentação enviada no ato da inscrição, sob* ***pena de responder a processo criminal****, conforme o* ***Art. 299 do Código Penal Brasileiro*** *(Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940)*.

Nestes Termos, pede deferimento

Local e data:

Assinatura do/a candidato/a: