**ANEXO I – FICHA DE INSCRIÇÃO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| CURSO | **Licenciatura em Filosofia a Distância – CLFD** | | | |
| FUNÇÃO | **TUTOR PRESENCIAL** | | | |
| DADOS DE IDENTIFICAÇÃO | | | | |
| Nome Completo | | | | |
| Nº Carteira de Identidade | | Órgão Emissor | Data de Emissão | |
| Data de Nascimento | | Sexo  ( ) Feminino ( ) Masculino | | |
| Endereço (Rua e nº) | | | | |
| CEP | | Cidade | Estado | |
| E-mail | | | | |
| Telefones de contato | | | | |
| FORMAÇÃO ACADÊMICA | | | | |
| GRADUAÇÃO | | | | |
| Instituição | | | | Ano de Conclusão |
| Título | | | |  |
| FORMAÇÃO ACADÊMICA | | | | |
| PÓS-GRADUAÇÃO (informar maior nível) | | | | |
| ( ) Concluído ( ) Em andamento:  ( ) Especialização ( ) Mestrado ( ) Doutorado | | | | |
| Instituição / Programa | | | | Ano de Conclusão |
| Área de Concentração | | | | |

A homologação da inscrição somente se efetivará mediante a verificação da apresentação de todos os documentos relacionados neste Edital pela comissão de seleção.

Declaro que as informações fornecidas nesta ficha de inscrição são exatas e que acato na íntegra as disposições do EDITAL Nº 01/2017 – UFPEL/UAB/CLFD.

Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2017

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

Assinatura do Candidato

(CASO O CANDIDATO NÃO POSSA REALIZAR SUA INSCRIÇÃO, PODERÁ AUTORIZAR UM REPRESENTANTE LEGAL PARA FAZÊ-LO, COM A DEVIDA AUTORIZAÇÃO PREENCHIDA)

|  |  |
| --- | --- |
| AUTORIZAÇÃO PARA ENTREGA DE DOCUMENTOS | |
| Nome do Candidato | |
| Nome do Representante | |
| Carteira de Identidade nº | Órgão Emissor/RS |
| Declaro, para os devidos fins, que autorizo o representante acima mencionado a efetuar a entrega de minha inscrição, conforme EDITAL Nº 01/2017, UFPEL/UAB/CLFD. | Assinatura do Candidato |