**ANEXO I – FICHA DE INSCRIÇÃO**

|  |  |
| --- | --- |
| CURSO | **Licenciatura em Filosofia a Distância – CLFD** |
| FUNÇÃO | **TUTOR A DISTÂNCIA** |
| 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 02/2017 – 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 02/2017, UFPEL/UAB/CLFD. | Assinatura do Candidato |