

Exmo. Sr.

Prof. Dr. Osvaldo Malafaia

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Princípios da Cirurgia da FEMPAR

Eu, \_\_\_\_\_,  
abaixo assinado, venho respeitosamente requerer minha inscrição no Programa de Pós-Graduação em Princípios da Cirurgia no nível \_\_\_\_\_ na turma de \_\_\_\_\_. Protocolando junto a inscrição, os documentos exigidos abaixo relacionados conforme os termos do Regimento do Programa:

- a) *requerimento de inscrição;*
- b) *uma fotografia 3x4 cm recente;*
- c) *cópia do diploma de médico ou de profissional da saúde autenticada;*
- d) *cópia de cédula de identidade, CPF, título de eleitor, carteira de reservista, certidão de casamento ou nascimento e registro no conselho regional de medicina ou de classe profissional autenticadas;*
- e) *cópia do certificado de residência médica em área cirúrgica fornecido por programa credenciado de no mínimo dois anos ou certificado de especialista fornecido por entidade de classe autenticada;*
- f) *cópia do diploma de mestre em área cirúrgica ou afim obtido em curso credenciado pelo CFE;*
- g) *uma cópia da dissertação de mestrado que tenha sido apresentada e aprovada;*
- h) *histórico escolar do nível de mestrado;*
- i) *“Currículo Vitae” pormenorizado – modelo Lattes CNPq – e devidamente comprovado, onde conste a identificação, o histórico escolar do curso de graduação, atividades profissionais e universitárias, trabalhos e pesquisas de que tenha participado;*
- j) *certificado de proficiência em pelo menos dois idiomas, conforme regimento do programa são: inglês, francês, alemão, italiano e espanhol.*
- k) *apresentar projeto de pesquisa de alto nível metodológico, que ofereça contribuição original e significativa à cirurgia, preferencialmente experimental e nas linhas de pesquisa do Programa, ou como projeto isolado mas que tenha relação com as áreas de atuação do Programa.*
- l) *Comprovante de pagamento da taxa de inscrição do processo seletivo.*

Nestes termos  
Para Deferimento

Endereço : \_\_\_\_\_

Fone : \_\_\_\_\_

Endereço Comercial : \_\_\_\_\_

Fone : \_\_\_\_\_

E-Mail : \_\_\_\_\_

Conferi, nesta data, os documentos apresentados

\_\_\_\_\_  
Nome

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