

**ANEXO 3**  
**EDITAL 009-2016**  
**Ficha de Inscrição**

|  |  |                                  |               |
|--|--|----------------------------------|---------------|
| <b>Nome Completo</b>   |  |                                  |               |
| <b>RG</b>  |  | <b>Data de Expedição</b>         |               |
| <b>Naturalidade</b>  |  | <b>Data de Nascimento</b>        |               |
| <b>CPF</b>   |  | <b>Título de Eleitor</b>         |               |
| <b>Sexo</b>  | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino | <b>Certificado de Reservista</b> |               |
| <b>Endereço Residencial</b>  |  |                                  |               |
| <b>Complemento</b>   |  | <b>Bairro</b>                    |               |
| <b>Cidade</b>  |  | <b>CEP</b>                       | <b>Estado</b> |
| <b>Telefone</b>  |  | <b>Celular(es)</b>               |               |
| <b>E-mail</b>  |  |                                  |               |
| <b>Vínculo Público</b> <input type="checkbox"/> Federal <input type="checkbox"/> Estadual <input type="checkbox"/> Municipal                         |  |                                  |               |
| <b>Instituição do Vínculo Público:</b>   |  |                                  |               |
| <b>Número de Matrícula:</b>  |  |                                  |               |
| <b>Escolha do(s) Curso(s)</b>  |  |                                  |               |
| <input type="checkbox"/> Gestão Pública Municipal  |  |                                  |               |
| <input type="checkbox"/> Gestão Pública  |  |                                  |               |
| <input type="checkbox"/> Saúde da Família  |  |                                  |               |
| <input type="checkbox"/> Gestão de Recursos Hídricos, Ambientais e Energéticos   |  |                                  |               |
| <b>Escolha da(s) Disciplina(s)</b>   |  |                                  |               |
|  |  |                                  |               |
| <b>Formação Acadêmica (Formação Superior ou Graduação)</b>   |  |                                  |               |
| Curso: _____   |  |                                  |               |
| Ano de Conclusão: _____  |  |                                  |               |
| Instituição: _____   |  |                                  |               |
| <b>Formação Acadêmica (Formação Superior ou Graduação)</b>   |  |                                  |               |
| Curso: _____   |  |                                  |               |
| Ano de Conclusão: _____  |  |                                  |               |
| Instituição: _____   |  |                                  |               |
| <b>Formação Acadêmica (Pós-Graduação)</b>  |  |                                  |               |
| Curso: _____   |  |                                  |               |
| Ano de Conclusão: _____  |  |                                  |               |
| Instituição: _____   |  |                                  |               |
| <b>Formação Acadêmica (Pós-Graduação)</b>  |  |                                  |               |
| Curso: _____   |  |                                  |               |
| Ano de Conclusão: _____  |  |                                  |               |
| Instituição: _____   |  |                                  |               |
| <b>Experiência Profissional (Cursos e publicações importantes para a(s) disciplina(s) e/ou atividades profissionais que interessam para a função</b> |  |                                  |               |
|  |  |                                  |               |

|                                 |       |
|---------------------------------|-------|
| <b>PROTOCOLO DE RECEBIMENTO</b> |       |
| <b>RECEBIDO POR:</b>            | _____ |
| <b>DATA DA INSCRIÇÃO:</b>       | _____ |
| <b>ASSINATURA:</b>              | _____ |