**ANEXO 1**

**REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO – MODALIDADE I**

À Coordenação e Comissão de Bolsas do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará – PPGSP/UFC.

Eu, (NOME DO(A) CANDIDATO(A)), inscrito(a) no CPF nº , venho nesta data requerer junto a V.Sª., minha inscrição no Processo de Seleção e Classificação para bolsas de estudos na pós-graduação, nível (MESTRADO / DOUTORADO) na MODALIDADE 1.

Seguem abaixo as minhas pontuações de acordo com os critérios estabelecidos por meio este edital:

|  |  |
| --- | --- |
| **Critérios**  | **Pontos** |
| Candidato(a) autodeclarado(a) em vagas específicas (negros (as), quilombolas, indígenas, pessoas trans ou travesti) e pessoas com deficiência com laudo médico– 3 (três) pontos. |  |
| Candidato(a) de baixa renda inscrito(a) no CadÚnico – 3 (três) pontos. |  |
| Candidato(a) de baixa renda sem inscrição no CadÚnico, mas com demais documentações comprobatórias – 2 (dois) pontos. |  |
| Candidato(a) não residente no estado do Ceará – 3 (três) pontos. |  |
| Candidato(a) residente em cidades do interior do estado do Ceará, exceto na região metropolitana do Município de Fortaleza/CE – 2 (dois) pontos. |  |
| Candidato(a) residente na região metropolitana de Fortaleza, exceto no município de Fortaleza/CE – 1 (um) ponto. |  |
| Nota da avaliação do currículo obtida na ocasião do processo seletivo de Mestrado e Doutorado do PPGSP/UFC – 06 (seis) pontos (máx). |  |
| **Pontuação Total** |  |

DECLARO que não possuo vínculo empregatício, e que terei dedicação exclusiva à pós-graduação, ou tenho vínculo empregatício, mas estarei liberado, oficialmente, das atividades profissionais e sem percepção de vencimentos no momento de implementação da bolsa.

DECLARO, para os devidos fins, que tomei conhecimento das condições estabelecidas no Edital nº 02/2025, do PPGSP/UFC, que rege este processo seletivo e que estou de acordo com as mesmas.

DECLARO, ainda que são verdadeiras todas as informações prestadas no processo de inscrição deste processo seletivo, responsabilizando-me integralmente pelas mesmas.

DECLARO, por fim, que tenho plena ciência e aceito que, caso convocado(a), deverei entregar todos os documentos comprobatórios dos requisitos exigidos para a vaga concorrida.

Nesses termos, pede deferimento,

, de de . *(Local)*

*(data)*
 (*assinatura do candidato(a)*)

**ANEXO 2**

**REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO – MODALIDADE 2**

À Coordenação e Comissão de Bolsas do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará – PPGSP/UFC.

Eu, (NOME DO(A) CANDIDATO(A)), inscrito(a) no CPF nº , venho nesta data requerer junto a V.Sª., minha inscrição no Processo de Seleção e Classificação para bolsas de estudos na pós-graduação, nível (MESTRADO / DOUTORADO) na MODALIDADE 2.

Seguem abaixo as minhas pontuações de acordo com os critérios estabelecidos por meio este edital:

|  |  |
| --- | --- |
| **Critérios**  | **Pontos**  |
| Nota da avaliação do currículo obtida na ocasião do processo seletivo de Mestrado e Doutorado do PPGSP/UFC – 06 (seis) pontos (máx). |  |
| **Pontuação Total** |  |

DECLARO, de acordo com documentação complementar anexada, concorrer aos seguintes grupos de prioridade para distribuição de bolsas na Modalidade 2 do Edital PPGSP /UFC 02/2025

|  |  |
| --- | --- |
| **Grupo de Prioridade**  | **Assinalar a pág. do documento anexado** |
| Beneficiado por Políticas de Ações Afirmativas, devidamente regulamentadas no edital de seleção do PPGSP/UFC; |  |
| Vulnerabilidade socioeconômica ou em menor grau de condição socioeconômica; |  |
| Professor ou outro profissional da educação básica que esteja vinculado à rede pública municipal, estadual ou federal de Ensino;  |  |
| Profissional atuante em serviço público municipal, estadual ou federal; |  |
| Profissional atuante em serviço privado, desde que as atividades desempenhadas tenham correlação com a temática da pesquisa desenvolvida na pós-graduação; |  |
| Rendimento mensal dentre as (os) candidatas (os) à bolsa; *Obs- todos podem concorrer, desde que apresente comprovante de rendimento* |  |
| Carga horária de trabalho; *Obs- todos podem concorrer, desde que apresente comprovante de carga-horária* |  |
| Estudante regularmente matriculado na pós-graduação e que desenvolva projeto de Pesquisa, Desenvolvimento e Inovação (PD&I), associado às suas atividades-fim e cuja bolsa esteja vinculada ao Ministério da Saúde ou correlatas à área da saúde.  |  |

DECLARO, para os devidos fins, que tomei conhecimento das condições estabelecidas no Edital nº 02/2025, do PPGSP/UFC, que rege este processo seletivo e que estou de acordo com as mesmas.

DECLARO, ainda que são verdadeiras todas as informações prestadas no processo de inscrição deste processo seletivo, responsabilizando-me integralmente pelas mesmas.

DECLARO, por fim, que tenho plena ciência e aceito que, caso convocado(a), deverei entregar todos os documentos comprobatórios dos requisitos exigidos para a vaga concorrida.

Nesses termos, pede deferimento,

Local, de . *(Local) (data)*

(*assinatura do candidato(a)*)

**ANEXO 3**

**AUTODECLARAÇÃO**

**PESSOAS NEGRAS, QUILOMBOLA, INDÍGENA, PESSOAS TRANS E TRAVESTIS**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, candidato(a) à bolsa do curso de: ( ) mestrado / ( ) doutorado no **Processo Seletivo de bolsas do Programa de Pós- Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará** e detentor do Documento de Identidade Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro para fim que sou \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Estou ciente de que prestar informações falsas relativas às exigências estabelecidas quanto à autodeclaração implica perda do direito a ser beneficiado com bolsa de Mestrado ou Doutorado no PPGSP/UFC

*LOCAL, DATA*

*ASSINATURA DA (O) CANDIDATA (O)*

(igual ao registro do documento de identificação)

**ANEXO 4**

**DECLARAÇÃO DE BAIXA RENDA**

Eu, (NOME DO(A) CANDIDATO(A)), inscrito(a) no CPF nº ,

DECLARO, para fins de inscrição no presente processo seletivo, ser membro de família de baixa renda, nos termos do Decreto Federal nº 6.135, de 26 de junho de 2007.

DECLARO estar ciente de que, de acordo com o inciso I do artigo 4º do referido Decreto, família é “a unidade nuclear composta por um ou mais indivíduos, eventualmente ampliada por outros indivíduos que contribuam para o rendimento ou tenham suas despesas atendidas por aquela unidade familiar, todos moradores em um mesmo domicílio, definido como o local que serve de moradia à família”.

DECLARO, ainda, saber que, de acordo com o inciso II do artigo 4º do Decreto Federal no 6.135/2007, família de baixa renda, sem prejuízo do disposto no inciso I, é aquela com renda familiar mensal per capita de até 0,5 (meio) salário mínimo; ou a que possua renda familiar mensal de até 3 (três) salários mínimos.

DECLARO, também, ter conhecimento de que a renda familiar mensal é a soma dos rendimentos brutos auferidos por todos os membros da família, não sendo incluídos no cálculo aqueles percebidos dos programas descritos no inciso VI do artigo 4º do Decreto Federal no 6.135, de 26 de junho de 2007.

DECLARO saber que a renda familiar per capita é obtida pela razão entre a renda familiar mensal e o total de indivíduos na família.

DECLARO, por fim, estar ciente das penalidades por emitir declaração falsa, previstas no parágrafo único do artigo 10 do Decreto Federal nº 83.936, de 6 de setembro de 1979.

Por ser verdade, firmo o presente para que surta seus efeitos legais.

Local, \_\_\_\_de de . *(Local) (data)*

*Assinatura do candidato(a)*

**ANEXO 5**

**DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA DE BAIXA RENDA**

Seguem abaixo as documentações exigidas para candidatos(as) que se declaram membros de família de baixa renda:

Para efeito de comprovação da condição de baixa renda será considerado, conforme o inciso IV do Art. 3° da Lei N° 14.859 de 28/12/2010 - DOE de 06/01/2011, o comprovante de obtenção de rendimento mensal até 1/2 (meio) salário mínimo por membro do núcleo familiar do(a) bolsista, nos termos:

I. Comprovante de inscrição no Cadastro Único (CadÚnico) do Governo Federal atualizado nos últimos 2 anos;

II. Se beneficiário do Auxílio Brasil ou de demais benefícios sociais (seguro safra, entre outros): apresentar extrato bancário com o valor do benefício atualizado de um dos últimos 3 meses. III. Declaração de Imposto de Renda completa de Pessoa Física acompanhada do recibo de entrega à Receita Federal do Brasil e da respectiva notificação de isenção ou restituição, quando houver. IV. Documentação para comprovação de renda:

1. Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) física:

- Para quem nunca teve a carteira assinada: Cópia da CTPS das páginas da foto, da identificação (qualificação civil) e da primeira página intitulada de Contrato de Trabalho, mesmo que em branco. - Para quem já teve contrato de trabalho formal: cópia da CTPS das páginas da foto, da identificação (qualificação civil) e do último Contrato de Trabalho (última página assinada, com registro de vínculo empregatício).

2. Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) digital:

Através do aplicativo “Carteira de Trabalho digital” pode-se gerar PDF de todos os dados da Carteira; ou portal de serviços do governo, no endereço eletrônico gov.br. Consultar o endereço: Carteira de Trabalho Digital — Português (Brasil)

Local, \_\_\_\_de de . *(Local) (data)*

*Assinatura do candidato(a)*

**ANEXO 6**

**DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA**

Declaro para os devidos fins, que, eu, (NOME DO(A) CANDIDATO(A)), portador(a) do RG ......................................... (órgão expedidor), inscrito(a) no CPF ........................................., resido na Rua .........

 ........................................., nº ......................., bairro ........................................., cidade ......................................... e ............... Estado ;

Ratifico serem verdadeiras as informações prestadas de que eu e meu núcleo familiar não reside no município sede do PPGSP/UFC, ou seja, em Fortaleza/CE, sendo necessário \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (mudança de endereço ou deslocamento intermunicipal) em função da realização do curso de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (mestrado/doutorado).

Declaro ainda estar ciente de que a omissão de dados ou a inserção de dado falso ou diverso da que deveria ser declarado configurará o crime de Falsidade Ideológica, conforme o art. 299 do Código Penal. Por ser verdade, firmo o presente para que surta seus efeitos legais.

Local, \_\_\_\_de de . *(Local) (data)*

*Assinatura do candidato(a)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Documentação anexada** |  |
| Cópia do comprovante de endereço, preferencialmente da conta de energia, referente a um dos últimos 3 meses. |  |