**FICHA DE INSCRIÇÃO**

**EDITAL N.º 001/2025/ACAPS/SEJURI**

|  |
| --- |
| 1. **MODALIDADE DE COORDENAÇÃO QUE PRETENDE SE CREDENCIAR:**
 |
| **2. IDENTIFICAÇÃO E ATUAÇÃO PROFISSIONAL** |
| **Nome:**  | **Data de Nascimento:** |
| **E-mail:**  | **Matrícula:**  |
| **Instituição:**  | **Cargo/função:**  |
| **Lotação:**  | **Ingresso na Instituição (ano):**  |
| **CPF:**  | **RG:**  |
| **Endereço Residencial:** |
| **Bairro:**  | **Cidade:**  | **UF:** | **CEP:** |
| **Telefone Residencial** | **Telefone Comercial** | **Telefone Celular** |
| **3. TITULAÇÃO/ FORMAÇÃO ACADÊMICA** |
| **Graduação** | **Curso:** | **Ano de conclusão:**  |
| **Instituição:**  | **UF:**  | **País:**  |
| **Especialização** | **Curso:** | **Ano de conclusão:**  |
| **Instituição:**  | **UF:** | **País:**  |
| **Mestrado** | **Curso:** | **Ano de conclusão:**  |
| **Instituição:**  | **UF:** | **País:**  |
| **Doutorado** | **Curso:** | **Ano de conclusão:**  |
| **Instituição:** | **UF:** | **País:** |
| **4. POSSUÍ EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL EM COORDENAÇÃO? (ÚLTIMOS 10 ANOS):** |
| **( ) NÃO ( ) SIM (será aferida com apresentação de Declaração expedida pela Acaps)**  |
| **5. PARTICIPAÇÃO EM CURSOS COMPLEMENTARES:** | **h/a** | **Ano** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  **/ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Local Data Assinatura** |