**ANEXO I**

**FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO**

|  |
| --- |
| **DO CANDIDATO** |
| **Nome completo:** |
| **Programa de Pós-graduação:** |
| **ORCID:** |
| **Link do Lattes:** |
| **E-mail:** |
| **Telefone:** | **Celular:** |
| **( ) Brasileiro** | **( ) Estrangeiro com visto de permanência no Brasil** |
| **CPF:** |
| **Data de início do doutorado na Fiocruz (mês/ano): \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_** |
| **Anexou teste de Proficiência** | **SIM ( )** | **NÃO ( )** |
| **Já recebeu bolsa de Doutorado Sanduíche?** | **SIM ( )** | **NÃO ( )** |
| **Rede(s) de vinculação da proposta: ( ) RICEI ( ) RICRONI ( ) RIDES** |

|  |
| --- |
| **DO ORIENTADOR** |
| **Nome completo:** |
| **Link do Lattes:** |
| **ORCID:** |
| **E-mail:** |
| **Telefone:** |

|  |
| --- |
| **DO SUPERVISOR NO EXTERIOR** |
| **Nome completo:** |
| **ORCID:** |
| **E-mail:** |
| **Telefone:** |
| **DA INSTITUIÇÃO ESTRANGEIRA** |
| **Nome completo da Instituição Estrangeira:** |
| **Endereço da Instituição Estrangeira:** |
| **País:** |

|  |
| --- |
| **INFORMAÇÕES DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO**  |
| **Nome do Coordenador do Programa:** |
| **ORCID:** |
| **E-mail:** |
| **CPF:** |
| **Telefone:** |
| **Aprovado no exame de qualificação?** | **SIM ( )** | **NÃO ( )** |
| **Justifique:** |
| **O período do doutorado Sanduíche somado ao período no Brasil ultrapassa o período de 48 meses para conclusão do Doutorado** | **SIM ( )** | **NÃO ( )** |
| **Data de término do doutorado na Fiocruz (mês/ano): \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_** |
| **Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2020** |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Nome e assinatura do discente** |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Nome e assinatura do(a) orientador(a)**  |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Nome e assinatura do(a) coordenador(a) de curso** |