



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
Faculdade de Medicina da Bahia
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
SAÚDE, AMBIENTE E TRABALHO**
Largo do Terreiro de Jesus, s/n. Centro Histórico
40.026-010 Salvador, Bahia, Brasil.
Tel.: 55 71 3283.5573

email: sat@ufba.br

www.sat.ufba.br



FORM 24 - PPGSAT - SELEÇÃO DE BOLSA DE ESTUDOS PARA DISCENTES DO
PPGSAT - MESTRADO 2020 (NOVOS BOLSISTAS)

Ao preencher e entregar esse formulário você estará solicitando à Coordenação inscrição no processo seletivo 2020 para obter bolsa de estudos (nova) do Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiente e Trabalho da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia. Assim fazendo, você declara que conhece e aceita os termos da Portaria CAPES/MEC No.76 de 14/04/2010 e os critérios do PPGSAT para concessão de bolsa e que você preenche todos os requisitos exigidos pela CAPES/CNPQ e pela FAPESB, atualmente vigentes, para a concessão de bolsa de estudos.

Ao inscrever-se nesse processo seletivo, você declara ainda que sabe e aceita: 1) que o processo seletivo é classificatório, baseado na pontuação obtida a partir das informações prestadas e de acordo com os critérios estabelecidos; 2) que o PPGSAT concederá bolsas de estudo em número compatível com a disponibilidade de recursos financeiros e de acordo com as normas da CAPES/CNPQ; 3) que em caso de concessão, no ato da assinatura do formulário para implantação da bolsa ou a qualquer momento que julgar necessário, o PPGSAT poderá solicitar documentos comprobatórios das informações prestadas; 4) que são verdadeiras as informações aqui prestadas e que você tem conhecimento de que o fornecimento de informações inverídicas resultará na suspensão, em caso de concessão, do benefício, além de responder legalmente com ressarcimento ao erário público.

Preencha integralmente esse formulário e entregue na Secretaria do PPGSAT juntamente com a avaliação socioeconômica da PROAE. O conjunto das informações desses formulários subsidiará a decisão da Comissão de Bolsas do PPGSC.

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO

Nome do/a aluno/a:

Número de matrícula:

Aluno/a estrangeiro/a:

Sim

Não

Número do passaporte (apenas para estrangeiros/as): _____

RG: _____ Data de Expedição: _____

ÓrgãoExpedidor/Estado: _____

Curso: Mestrado Doutorado

Nome do/a Orientador/a:

Ano de início do curso:

Responda, assinalando uma das seguintes respostas:

Declaro que não recebo qualquer modalidade de auxílio ou Bolsa de outro Programa da CAPES, de outra agência de fomento pública, nacional ou internacional, ou empresa pública ou privada.

Declaro que recebo Bolsa, mas me enquadro em uma das exceções previstas na CAPES/MEC No.76 de 14/04/2010.

Declaro que são verdadeiras as informações aqui prestadas. O fornecimento de informações inverídicas resultará na suspensão, em caso de concessão do benefício, além das devidas ações legais e ressarcimento ao erário público.

Data: ____/____/____

Assinatura do/a aluno/a:
