

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE DOUTORADO**

**ANEXO 1**

**REQUERIMENTO**

**Eu, \_\_\_\_\_ graduado/a em \_\_\_\_\_ venho por meio deste, requerer minha inscrição à Seleção ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem/DOUTORADO, UFSM.**

<b>DADOS PESSOAIS</b>		
<b>Nome:</b>		<b>Data Nascimento:</b>
<b>Nacionalidade:</b>	<b>Naturalidade:</b>	<b>Estado Civil:</b>
<b>Nome do pai:</b>		
<b>Nome da mãe:</b>		
<b>Raça/cor:</b>		
<b>CPF:</b>	<b>Identidade:</b>	<b>Órgão Emissor:</b>
<b>Registro Profissional:</b>		
<b>Endereço (Santa Maria):</b>		
<b>Bairro:</b>	<b>CEP:</b>	
<b>Endereço (outro):</b>		
<b>Bairro:</b>	<b>CEP:</b>	
<b>Telefone:</b>	<b>Celular:</b>	
<b>E-mail:</b>		
<b>DADOS PROFISSIONAIS</b>		
<b>Local de Trabalho:</b>		
<b>Endereço:</b>		
<b>Bairro:</b>	<b>Cidade:</b>	<b>CEP:</b>
<b>Cargo(s):</b>		
<b>Telefone(s):</b>		
<b>Linha de Pesquisa do PPGEnf:</b>		
<b>Grupo de Pesquisa Pretendido:</b>		
<b>Professor Orientador Pretendido:</b>		

**Nestes termos, pede deferimento.**

**Local e data:** \_\_\_\_\_

**Assinatura:** \_\_\_\_\_