UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIENCIAS MÉDICAS
PROGRAMA DE POS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
EM REDE NACIONAL

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO

Ilmo(a). Sr(a). Presidente da Comissão Eleitoral,

Nós, abaixo identificados, solicitamos a inscrição da nossa chapa para concorrer aos cargos de Coordenador(a) e Vice-Coordenador(a) do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família em Rede Nacional para o mandato de 02 (dois) anos conforme rege a legislação.

DADOS DO(A) CANDIDATO(A) A COORDENADOR(A):

Nome Completo: _____
SIAPE nº: _____CPF: _____RG: _____Nacionalidade: _____E-mail: _____
Celular: (_) _____Unidade de Lotação: _____
Cargo: _____
Tempo de vínculo com o Programa_____
Nome para constar no SIGEleição (Urna): _____.

DADOS DO(A) CANDIDATO(A) A VICE-COORDENADOR(A):

Nome Completo: _____
SIAPE nº:_____CPF: _____RG: _____Nacionalidade: _____E-mail: _____
Celular: (_) _____Unidade de Lotação: _____
Cargo: _____
Temo de víclulo com o Programa:_____
Nome para constar no SIGEleição (Urna): _____.

DECLARAÇÃO: Declaramos estar cientes e de acordo com as normas estabelecidas no Edital PROFSAUDE/UFPB 01/2026 e demais regulamentos da UFPB.

Nestes termos, pedimos deferimento.

João Pessoa, _____de fevereiro de 2026.

_____
Assinatura do(a) Candidato(a) Coordenador(a) / SIAPE

_____
Assinatura do(a) Candidato(a) Vice-Coordenador(a) / SIAPE