# ANEXO III – FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO

|  |
| --- |
| **I. Dados pessoais** |
| Nome: |
| Nome Social: |  |  |
| RG: | Órgão emissor: | Data de emissão: |
| CPF: | Estado civil: |
| Nº registro profissional: |
| CRNM ou Passaporte: |
| Identidade de gênero: ( ) Homem cis ( ) Mulher cis ( ) Homem trans ( ) Mulher trans ( ) Travesti( ) Pessoa não binária ( ) Não desejo declarar ( ) Outra |
| Data nascimento: | Naturalidade: | UF: |
| Cor ou raça: ( ) Branca ( ) Preta ( ) Amarela ( ) Parda ( ) Indígena |
| Filiação: |
| Endereço residencial: |
| Compl.: | Bairro: | Cidade/UF: |
| CEP: | Fone res.: ( ) | Celular: ( ) |
| E-mail (usar letra de forma): |
| **Candidato à vaga**:( ) Médico(a) do PMMB, tutor (a) do PMpB e residentes do 2º ano da RMFC (cursando o 2º ano em 2023) ( ) Demais candidatos(as) |
| **Deseja concorrer às vagas destinadas às Ações Afirmativas? ( ) Sim ( ) Não**( ) Negros (Pretos, pardos) ( ) Transgêneros( ) Indígena ( ) Quilombola( ) Pessoa com deficiência – PcD ( ) Outro: especificar  |
| **Precisa de atendimento diferenciado para a realização da prova? ( ) Sim ( ) Não**Especifique a necessidade, em caso afirmativo: |
| **II. Formação acadêmica** |
| Graduação: | Cidade / UF: |
| Instituição: | Ano de Conclusão: |
| Pós-graduação de maior titulação: ( ) Especialização ( ) Residência ( ) Mestrado |
| Instituição/área: |
| Duração: | Ano de conclusão: |
| **III. Atividades profissionais atuais** |
| Cargo/função: |
| Instituição: | Cidade: |
| Carga horária semanal: | UF: |
| Cargo/função: |
| Instituição: | Cidade: |
| Carga horária semanal | UF: |

O(a) candidato(a) deverá estar atento(a) a documentos adicionais obrigatórios para inscrição, exigidos por algumas instituições, conforme item 6.10.

 , / / , Cidade-Estado Data

Assinatura do(a) candidato(a)