**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DA UNIFESP**

**NÍVEL: DOUTORADO– 2023**

***Linha de Pesquisa****:* ( ) Cuidado clínico de enfermagem e saúde

( ) Cuidado em enfermagem e saúde na dimensão coletiva

( ) Fundamentos, métodos, processos e tecnologias em enfermagem e saúde

( ) Gestão, gerenciamento e educação em enfermagem e saúde

***Tema de Pesquisa****:* ( ) Envelhecimento humano ou cuidador de pessoas idosas

( ) Liderança e competências gerenciais

( ) Tuberculose ou população em situação de rua

( ) Violência ou vigilância em saúde

( ) Educação em saúde ou oncologia

( ) Atuação e saúde de estudantes e trabalhadores de enfermagem e saúde

( ) Enfermagem fundamental ou diagnósticos de Enfermagem

( ) Desenvolvimento de tecnologias com ênfase para o cuidado em saúde para pessoas com doenças crônicas não transmissíveis; ou validação de tecnologias para o cuidado em saúde de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis; ou desenvolvimento de tecnologias para a gestão de problemas de saúde pública

( ) Doação e transplante de órgãos

| Nome: | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CPF: | | | RG: | | | |
| Nascido em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ | Natural de (cidade): | | Estado: | Nacionalidade: | | |
| Mãe: | | | Pai: | | | |
| Endereço: | | | | | | |
| Cidade: | Estado: | | País: | | | |
| Telefone: | | | Celular: | | | |
| E-mail: | | | | | | |
| Candidato(a) a vaga por Políticas Afirmativas e Acesso a Reserva de Cotas: ( ) Sim ( ) Não  *Se sim, você se autodeclara pessoa:*  *( ) Negra (preta, parda) / ( ) Quilombola / ( ) Indígena / ( ) com Deficiência*  *Importante: verifique a documentação comprobatória necessária no edital do presente processo seletivo.* | | | | | | |
| Graduado em: | | | Ano: | | | |
| Instituição: | | Estado | | | Cidade: | |
| Tem título de mestre? ( ) Sim ( ) Não | | | Ano de conclusão: | | | |
| Instituição: | | Estado | | | Cidade: | |
| Pós-Graduação Lato Sensu: ( ) Sim ( ) Não | | | Ano de Conclusão: | | | |
| Área: | | | Universidade: | | | |
| Título de Especialista: ( ) Sim ( ) Não | | | Área: | | | |
| Tem vínculo Instituição de Ensino: ( ) Sim ( ) Não | | | Função: | | | Instituição: |
| Vinculação com Grupo de Pesquisa: ( )Sim ( ) Não | | | Qual: | | | |
| Título do Projeto de Pesquisa: | | | | | | |
| Possui orientador(a)? ( ) Sim ( ) Não | | | Se sim, orientador(a): | | | |

Cidade, \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_.

| **Checklist** |
| --- |
| **Documentos (em .pdf):**  ( ) 1. Ficha de Inscrição  ( ) 2.1 RG e CPF  ( ) 2.2 Carteira de identidade profissional para graduados  ( ) 2.3 Diploma de Graduação ou Declaração do último período da graduação (histórico escolar)  ( ) 3. Currículo Lattes e documentos comprobatórios (em arquivo único)  ( ) 4. Projeto de Pesquisa |