

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA**

# REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO

|  |
| --- |
| PREENCHER COM LETRA DE FORMA |
| :Na **Nome Completo / Nome Social1:** |
| Documento de identidade/órgão emissor: | Data de Expedição: | CPF: |
| E-mail: | Telefones para contato com DDD: |  |
| Endereço residencial: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Caso a inscrição seja feita por procurador, preencher os campos abaixo:** |
| Nome do procurador: |
| Documento de identidade/órgão emissor: | Data de Expedição: | CPF |
| Endereço residencial do procurador: |
| vem, perante Presidente da Comissão de Seleção, nos termos do art. 14 da Resolução nº 07/2017 do Consepe, requerer inscrição no Processo Seletivo Simplificado para Professor Substituto de que trata o **Edital nº 149/2024**, publicado o extrato no **Diário Oficial da União nº 240, em 13/12/2024, seção 3, pág. 73**. |
| Departamento responsável: | Área do conhecimento para a qual deseja se inscrever: |
| **Isenção2: CADúnico ( )** **Doador de Medula Óssea ( )** | **Deseja concorrer às vagas reservadas a pessoas negras3: sim ( ) não ( )** |
| **Pessoa com deficiência4: sim ( ) não ( )** | Informe tipo de atendimento especial(caso necessário): |
| Declaro, ainda, que estou de acordo com as normas constantes na Resolução nº 07/2017 do Consepe/UFPB, bem como as legislações aplicáveis, e no edital do Processo Seletivo Simplificado acima mencionado e demais procedimentos definidos pela Comissão de Seleção.O requerente afirma serem verídicas as informações prestadas neste requerimento, assim como a regularidade e veracidade de toda documentação apresentada, sem prejuízo às sanções administrativas, civis e penais aplicáveis em caso de declaração falsa. |
| Local e data | Assinatura do candidato ou procurador |