

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
Faculdade de Ciências e Tecnologias em Saúde
Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica

TERMO DE ACEITAÇÃO DE VAGA

Esse termo de aceitação de vaga deve ser enviado para o e-mail ppgasfar@unb.br juntamente com a documentação listada no item 3.11 do edital 001/2026 de seleção de candidatos às vagas do Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica para os cursos de mestrado acadêmico e doutorado para ingresso no segundo período letivo de 2026, em arquivo único no formato PDF encaminhado de forma digital e deve possibilitar a cópia das informações. Não será aceito documento manuscrito.

DADOS PESSOAIS

Nome sem abreviações: _____

Nome social: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Naturalidade: Cidade _____ UF: _____

Cor/Raça: () Amarelo (oriental) () Branco () Indígena () Negro () Pardo () Quilombola

Gênero: () Masculino () Feminino () Não binário

Possui necessidades educacionais específicas: () Sim () Não

Tipo de escola do ensino médio: () Pública () Privada () Pública e Privada

CPF: _____ Nacionalidade: _____

Identidade somente números: _____

Nome da Mãe: _____

Nome do Pai: _____

Passaporte (quando couber): _____

Registro Nacional de estrangeiro (quando couber): _____

Endereço Residencial: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____ - _____

Telefone Celular: (____) _____

e-mail: _____

FORMAÇÃO ACADÊMICA

Graduação

Curso: _____

Instituição: _____

País: _____ Mês e ano de conclusão: _____

Titulação Máxima

() Especialização () Mestrado () Doutorado

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
Faculdade de Ciências e Tecnologias em Saúde
Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica

Área de Conhecimento: _____

País: _____ Mês e ano de conclusão: _____

ATIVIDADES PROFISSIONAIS/ACADÊMICAS ATUAIS

Instituições de Ensino Superior:

Tipo de Vínculo: () empregatício () sem vínculo empregatício () outros (bolsas/contratos/PJ)

Cargos/Funções/Posições: _____

Instituição: _____

() De ensino e pesquisa () pública ou estatal () privada

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____ - _____

Telefone: (____) _____ Telefone: (____) _____

Outras Instituições/Empresas

Tipo de Vínculo: () empregatício () sem vínculo empregatício () outros (bolsas/contratos/PJ)

Cargos/Funções/Posições: _____

Instituição: _____

() De ensino e pesquisa () pública ou estatal () privada

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____ - _____

Telefone: (____) _____ Telefone: (____) _____

SOLICITAÇÃO

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
Faculdade de Ciências e Tecnologias em Saúde
Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica

Eu, _____, tendo sido aprovado(a) no processo seletivo regido pelo Editais 002/2025 e 001/2026 do PPGASFAR/FCTS/UnB, para o curso () mestrado () doutorado, solicito o meu registro como aluno(a) regular no segundo (2º) semestre letivo de 2026.

Em / /2026.

Assinatura do Gov.br