**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL**

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Coordenação de Pesquisa e Comunicação Científica Programa de Iniciação Científica – Seleção 2020-2021

ANEXO I

|  |
| --- |
| **FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO** |
| **Identificação do(a) Orientador(a)** |
| Nome Completo (sem abreviação): |
| RG: | Órgão Emissor: | UF: |
| CPF: | Nacionalidade: | Data de Nascimento: |
| Telefone Celular: | Telefone fixo: | Telefone profissional: |
| E-mail: |
| Profissão: |
| Local de lotação na SES-DF: |
| **Títulos Acadêmicos do(a) Orientador(a)** |
| ( ) Especialização ( )Mestrado ( )Doutorado ( )Pós-Doutorado |
| Atua como Docente em Instituição de Ensino Superior (IES)? ( )SIM ( )NÃOEm caso afirmativo, marque as opções correspondentes: ( )Graduação ( )Pós-Graduação *lato sensu* ( ) Mestrado ( )Doutorado ( )ESCS ( )Outra(s) IES |
| **Produção Científica do(a) Orientador(a)** |
| Link do currículo Lattes: |
| Participa de Grupo de Pesquisa cadastrado na Plataforma do CNPq? ( )SIM ( )NÃOEm caso afirmativo, escreva o nome do Grupo de Pesquisa: |
| Orientou projeto de Iniciação Científica nos últimos 03(três) anos? ( )SIM ( )NÃO |
| Autoria e/ou coautoria de artigo publicado em periódico nos últimos 05 (cinco) anos? ( )SIM ( )NÃOEm caso afirmativo, liste os artigos: |
| Ano de Publicação | Título do Artigo | Nome do Periódico |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Autoria e/ou coautoria de trabalho(s) apresentado(s) em eventos científicos nos últimos 05 (cinco) anos? ( )SIM ( )NÃOEm caso afirmativo, liste os trabalhos: |
| Ano | Título do trabalho | Evento |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |
| **PROJETOS INSCRITOS***(no máximo 02 projetos com até 02 estudantes cada)* |
| **PROJETO 01** |
| Título do Projeto: |
| Este projeto pertence à pesquisa da pós-graduação stricto sensu? ( )SIM ( )NÃO Em caso afirmativo, diga em qual IES: ( )ESCS ( )Outra: |
| Preferência de Modalidade de Bolsa para o Projeto : ( ) IC/ESCS ( ) PIBIC/CNPq ( ) PIBIC-Af/CNPq |
| **ESTUDANTES ENVOLVIDOS** |
| **Estudante 1A**: ( | )Bolsista ( )Voluntário |  |

|  |
| --- |
| Nome Completo (sem abreviação): |
| RG: | Órgão Emissor: | UF: |
| CPF: | Nacionalidade: | Data de Nascimento: |
| Telefone Celular: | Telefone fixo: | Telefone residencial: |
| E-mail: |
| Endereço completo: |
| Cidade: | CEP: |
| Curso: ( )Enfermagem ( )Medicina ( )Outro: |
| Instituição: ( )ESCS ( )ETESB ( )Outra: |
| Matrícula nº: | Série/Semestre atual: |
| Link do currículo Lattes: |
| Possui Conta Bancária? ( )SIM ( )NÃOEm caso afirmativo, especifique: nº da Conta Corrente: e da Agência : Qual Banco? ( ) Banco de Brasília-BRB ( )Banco do Brasil |
| **Estudante 1B**: ( | )Bolsista ( | )Voluntário |  |
| Nome Completo (sem abreviação): |
| RG: | Órgão Emissor: | UF: |
| CPF: | Nacionalidade: | Data de Nascimento: |
| Telefone Celular: | Telefone fixo: | Telefone residencial: |
| E-mail: |
| Endereço completo: |
| Cidade: | CEP: |
| Curso: ( )Enfermagem ( )Medicina ( )Outro: |
| Instituição: ( )ESCS ( )ETESB ( )Outra: |
| Matrícula nº: | Série/Semestre atual: |
| Link do currículo Lattes: |
| Possui Conta Bancária? ( )SIM ( )NÃOEm caso afirmativo, especifique: nº da Conta Corrente: e da Agência : Qual Banco? ( ) Banco de Brasília-BRB ( )Banco do Brasil |
|  |
| **PROJETO 02** |
| Título do Projeto: |
| Este projeto pertence à pesquisa da pós-graduação stricto sensu? ( )SIM ( )NÃOEm caso afirmativo, diga em qual IES: ( )ESCS ( )Outra: |
| Preferência de Modalidade de Bolsa para o Projeto :( ) IC/ESCS ( ) PIBIC/CNPq ( ) PIBIC-Af/CNPq |
| **ESTUDANTES ENVOLVIDOS** |
| **Estudante 2A**: ( )Bolsista ( )Voluntário |
| Nome Completo (sem abreviação): |
| RG: | Órgão Emissor: | UF: |
| CPF: | Nacionalidade: | Data de Nascimento: |
| Telefone Celular: | Telefone fixo: | Telefone residencial: |
| E-mail: |
| Endereço completo: |
| Cidade: | CEP: |
| Curso: ( )Enfermagem ( )Medicina ( )Outro: |
| Instituição: ( )ESCS ( )ETESB ( )Outra: |
| Matrícula nº: | Série/Semestre atual: |
| Link do currículo Lattes: |
| Possui Conta Bancária? ( )SIM ( )NÃOEm caso afirmativo, especifique: nº da Conta Corrente: e da Agência : Qual Banco? ( ) Banco de Brasília-BRB ( )Banco do Brasil |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Estudante 2B**: ( )Bolsista ( )Voluntário |
| Nome Completo (sem abreviação): |
| RG: | Órgão Emissor: | UF: |
| CPF: | Nacionalidade: | Data de Nascimento: |
| Telefone Celular: | Telefone fixo: | Telefone residencial: |
| E-mail: |
| Endereço completo: |
| Cidade: | CEP: |
| Curso: ( )Enfermagem ( )Medicina ( )Outro: |
| Instituição: ( )ESCS ( )ETESB ( )Outra: |
| Matrícula nº: | Série/Semestre atual: |
| Link do currículo Lattes: |
| Possui Conta Bancária? ( )SIM ( )NÃOEm caso afirmativo, especifique: nº da Conta Corrente: e da Agência : Qual Banco? ( ) Banco de Brasília-BRB ( )Banco do Brasil |

A Coordenação do PIC/ESCS poderá, a qualquer tempo, cancelar ou suspender a bolsa de pesquisa, a participação do estudante no Programa ou mesmo o Projeto de pesquisa, quando constatada infringência a qualquer das condições constantes deste Edital e das normas concernentes a esta concessão, sem prejuízo da aplicação dos dispositivos legais que disciplinam o ressarcimento dos recursos.

Orientador e Estudantes declaram que aceitam os termos deste Edital ESCS nº XX, de XX/XX/2020, e comprometem-se em cumpri-lo integralmente.

**Assinatura do Orientador**

Assinatura Estudante 1A Assinatura Estudante 2A

Assinatura Estudante 1B Assinatura Estudante 2B