**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL**

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Coordenação de Pesquisa e Comunicação Científica Programa de Iniciação Científica – Seleção 2021-2022

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 ( )NÃO  Em 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 ( )NÃO  Em 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 ( )NÃO  Em 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 ( )NÃO  Em 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 ( )NÃO  Em caso afirmativo, especifique: nº da Conta Corrente: e da Agência : Qual Banco? ( ) Banco de Brasília-BRB ( )Banco do Brasil | | | |
| **Plano de Trabalho do(a) estudante:**  *Listar as atividades que serão executadas pelo(a) estudante no referido projeto e os resultados específicos a serem alcançados por esse(a) estudante, entre eles a capacitação a ser alcançada pelo (a) estudante ao final do programa.*   |  |  | | --- | --- | | **Atividades a serem executadas pelo estudante** | **Resultados específicos a serem alcançados pelo(a) estudante:** | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | | | | |
| **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 ( )NÃO  Em caso afirmativo, especifique: nº da Conta Corrente: e da Agência : Qual Banco? ( ) Banco de Brasília-BRB ( )Banco do Brasil | | | |
| **Plano de Trabalho do(a) estudante:**  *Listar as atividades que serão executadas pelo(a) estudante no referido projeto e os resultados específicos a serem alcançados por esse(a) estudante, entre eles a capacitação a ser alcançada pelo (a) estudante ao final do programa.*   |  |  | | --- | --- | | **Atividades a serem executadas pelo estudante** | **Resultados específicos a serem alcançados pelo(a) estudante:** | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | | | | |
| **PROJETO 02** | | | |
| 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 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 ( )NÃO  Em caso afirmativo, especifique: nº da Conta Corrente: e da Agência : Qual Banco? ( ) Banco de Brasília-BRB ( )Banco do Brasil | | | |
| **Plano de Trabalho do(a) estudante:**  *Listar as atividades que serão executadas pelo(a) estudante no referido projeto e os resultados específicos a serem alcançados por esse(a) estudante, entre eles a capacitação a ser alcançada pelo (a) estudante ao final do programa.*   |  |  | | --- | --- | | **Atividades a serem executadas pelo estudante** | **Resultados específicos a serem alcançados pelo(a) estudante:** | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 ( )NÃO  Em caso afirmativo, especifique: nº da Conta Corrente: e da Agência : Qual Banco? ( ) Banco de Brasília-BRB ( )Banco do Brasil | | | |
| **Plano de Trabalho do(a) estudante:**  *Listar as atividades que serão executadas pelo(a) estudante no referido projeto e os resultados específicos a serem alcançados por esse(a) estudante, entre eles a capacitação a ser alcançada pelo (a) estudante ao final do programa.*   |  |  | | --- | --- | | **Atividades a serem executadas pelo estudante** | **Resultados específicos a serem alcançados pelo(a) estudante:** | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | | | | |

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 nº09, de 21/05/2021, e comprometem-se em cumpri-lo integralmente.



**Assinatura do Orientador**



Assinatura Estudante 1A Assinatura Estudante 2A



Assinatura Estudante 1B Assinatura Estudante 2B