|  |  |
| --- | --- |
| UNICAMP | **FACULDADE DE ENFERMAGEM****PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**Rua Tessália Vieira de Camargo, 126 - Cx. Postal: 6111Distrito Barão Geraldo - Campinas - SP - CEP: 13081-970 Fone: (019) 3521.9087 - E-mail: cpgfenf@unicamp.br |

**REQUERIMENTO PARA SOLICITAÇÃO DE BOLSA – CAPES/DS**

**A – IDENTIFICAÇÃO**

|  |
| --- |
| Nome: .................................................................................................................................... |
| Idade:........................  |
| Celular: ............................  |
| Tel. residencial: ............................ Tel. Comercial: ...............................  |
| E-mail: .................................................................................................................................... |
| Estado civil: ............................................................................................................................ |
| Com quem reside atualmente: ............................................................................................................................................................................................................................................... |

**B – DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA ATUAL**

Descreva abaixo cada uma das pessoas que contribuem para a composição da sua renda familiar.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome | Parentesco | Idade | Ocupação | Renda mensal (R$) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **TOTAL** |  |

|  |
| --- |
| **Outras Fontes de Renda** |
| Fonte | Valor (R$) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Total R$ |  |

1. Orientador(a): .........................................................................................................................

**Declaro serem verdadeiras as informações acima e estou ciente de que caso seja iniciado ou alterado o exercício de qualquer tipo de atividade remunerada, deverei comunicar imediatamente à CPG da FEnf – Unicamp.**

Data: .............................................

Assinatura:..............................................................................................................................

**C – LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS - LGPD**

**A inscrição neste processo de Bolsas implicará que o candidato consente e concorda que a Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP realize o tratamento dos dados pessoais aqui solicitados com a finalidade de assegurar sua participação no processo seletivo de bolsas CAPES-DS/Demanda Social de pós-graduação, pelo período de vigência da temporalidade do processo administrativo.**

**Nos termos da Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, os dados fornecidos serão mantidos em formato interoperável. É direito do Titular obter da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, a qualquer momento e mediante requerimento, as seguintes informações sobre seus dados por ela tratados, com exceção daqueles que assegurem a segurança do Estado e da sociedade, na forma do artigo 23, da Lei no 12.527, de 18 de novembro de 2011 (Lei de Acesso à Informação):**

**a) confirmação da existência de tratamento;**

**b) acesso aos dados;**

**c) correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados;**

**d) informação das entidades públicas e privadas com as quais o controlador realizou uso compartilhado de dados;**

**e) anonimização, bloqueio ou eliminação de dados desnecessários, excessivos ou tratados em desconformidade com o disposto na Lei nº 13.709;**

**f) portabilidade dos dados a outro fornecedor de serviço ou produto, mediante requisição expressa, de acordo com a regulamentação da autoridade nacional, observados os segredos comercial e industrial;**

**g) eliminação dos dados pessoais tratados com o consentimento do titular, exceto nas hipóteses previstas no art. 16 da Lei nº 13.709;**

**h) informação sobre a possibilidade de não fornecer consentimento e sobre as consequências da negativa;**

**i) revogação do consentimento, estando ciente que tal revogação impossibilita a participação no processo seletivo de bolsas de pós-doutorado.**

A inscrição nesse processo implicará o conhecimento e a aceitação de suas condições, bem como de eventuais aditamentos e instruções específicas para a realização do mesmo, acerca das quais não poderá alegar desconhecimento.

Ciente e de acordo.

Data: .............................................

Assinatura:..............................................................................................................................