

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

CURSO INTERNACIONAL - 1º SEMESTRE - 2025

“TÓPICOS DE TECNOLOGIAS DIGITAIS NA SAÚDE MENTAL”

A Coordenação do Curso Internacional, no uso de suas atribuições legais e considerando a necessidade, a conveniência e a oportunidade, resolve promover a reabertura do período de realização de inscrição.

A inscrição deverá ser efetuada impreterivelmente até o dia **31/3/2025**.

INSCRIÇÃO

As inscrições estarão abertas no período de **31 de março de 2025**.

Os alunos candidatos externos à ENSP deverão enviar o formulário de inscrição (Anexo I) preenchido e assinado para o e-mail: pseletivoss.ensp@gmail.com.

Os documentos devem estar salvos em formato PDF e deve conter o nome do candidato no título.

DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA PARA INSCRIÇÃO

- ✓ Formulário de inscrição preenchido e assinado (Anexo I)
- ✓ Declaração de Matrícula ou Carta da coordenação do Programa de Pós-Graduação em papel timbrado, devidamente assinada e carimbada, especificando o semestre letivo e o curso.

Alunos dos Programas da ENSP interessados na disciplina deverão entrar em contato com o Serviço de Gestão Acadêmica – SECA através do e-mail do Núcleo do Acompanhamento do Programa que está matriculado.

Observações:

Não serão aceitas inscrições fora do prazo.

SELEÇÃO

A documentação dos candidatos externos será analisada pela coordenação.

Resultado: 3 de abril de 2025, a partir das 15h, página de Ensino da ENSP
<https://ensino.ensp.fiocruz.br>.

ANEXO I**Formulário de Inscrição do Curso Internacional “Tópicos de Tecnologias Digitais na Saúde Mental”****1) - IDENTIFICAÇÃO:**

Nome completo, sem abreviação: _____

Sexo: _____ Data Nascimento: ____/____/____ Estado Civil: _____

Natural de:(Cidade/Estado): _____ CPF Nº. _____

Identidade Nº : _____ Órgão Emissor/UF: _____ Data Emissão: _____

Raça ou cor: _____ Nome da mãe: _____ Nome do pai: _____

2) - ENDEREÇO RESIDENCIAL:

Rua/Av. _____ Nº. _____

Bairro: _____ Município: _____ Estado: _____ Ra _____

CEP: _____ E-mail: _____

Telefone: () _____ Celular: () _____ Fax: () _____

3) - FORMAÇÃO:

Graduação

Curso: _____

Instituição: _____ Ano: _____

Pós-graduação: (Especialização, Mestrado, Doutorado e Outros)

Curso: _____

Instituição: _____ Ano de conclusão: _____

Outros (especificar nome do curso, carga horária, período e instituição que ofereceu o Curso):

4) - JUSTIFICATIVA

Especificar – interesse em realizar o curso:

Data: ____/____/____

Local: _____

Assinatura: _____