

## 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](mailto: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: \_\_\_\_\_