



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



**Ficha de inscrição dos(as) candidatos(as) a representante titular e suplente do CCS
junto ao Conselho Superior de Ensino, Pesquisa e Extensão – CONSEPE**

| REPRESENTANTE TITULAR | |
|----------------------------------|--------------------------|
| Nome: | <input type="text"/> |
| Denominação e nível: | |
| Selecione a opção abaixo | Selecione a opção abaixo |
| <input type="radio"/> Auxiliar | <input type="text"/> |
| <input type="radio"/> Assistente | <input type="text"/> |
| <input type="radio"/> Adjunto | <input type="text"/> |
| <input type="radio"/> Associado | <input type="text"/> |
| <input type="radio"/> Titular | |
| Matrícula SIAPE: | <input type="text"/> |
| E-mail: | <input type="text"/> |
| Tempo de UFPB (anos): | <input type="text"/> |
| Departamento de : | <input type="text"/> |

| REPRESENTANTE SUPLENTE | |
|----------------------------------|--------------------------|
| Nome: | <input type="text"/> |
| Denominação e nível: | |
| Selecione a opção abaixo | Selecione a opção abaixo |
| <input type="radio"/> Auxiliar | <input type="text"/> |
| <input type="radio"/> Assistente | <input type="text"/> |
| <input type="radio"/> Adjunto | <input type="text"/> |
| <input type="radio"/> Associado | <input type="text"/> |
| <input type="radio"/> Titular | |
| Matrícula SIAPE: | <input type="text"/> |
| E-mail: | <input type="text"/> |
| Tempo de UFPB (anos): | <input type="text"/> |
| Departamento de : | <input type="text"/> |