



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"/>