



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA**

Ilmo. Sr. Prof. Dr. Marcio Magno Costa

Diretor da Faculdade de Odontologia

O(a) abaixo assinado .....

Brasileiro(a), Estado Civil ....., Graduado(a) em: .....Data de Nascimento: ...../...../.....,

Naturalidade: .....- Residente e domiciliado à Rua/Av:.....

..... Bairro: ..... CEP: ....., na

Cidade: ..... Estado: ..... - Telefone: ..... - Celular:.....

e-mail: .....

**Portador(a) dos seguintes documentos:**

CPF: ....., C.I: ....., Órgão Expedidor: .....

Título de Eleitor: .....Zona: ....., Seção: ..... Certificado Militar:

.....

Apresentando documentação inclusa, vem respeitosamente requerer inscrição no CONCURSO PÚBLICO PARA PREENCHIMENTO DE VAGAS DOCENTES da **Universidade Federal de Uberlândia**, na área de **ENDODONTIA** da **Faculdade de Odontologia/UFU**, a realizar-se nos dias **17,18,19 e 20 de fevereiro de 2014** de acordo com as normas vigentes nesta Universidade. Ainda pelo presente, e melhor forma de direito declara: 1) Conhecer o edital nº 143/2013/UFU, expedido pela **Pró-Reitoria de Recursos Humanos da Universidade Federal de Uberlândia**, especificando requisitos mínimos para o presente CONCURSO PÚBLICO PARA PREENCHIMENTO DE VAGAS DE PROFESSOR DE CARREIRA DO MAGISTÉRIO SUPERIOR-UFU; 2) Conhecer o inteiro teor da Resolução 08/2007 do Conselho Diretor; 3) Saber que os documentos referentes às exigências acima citadas, os do atendimento ao requisito mínimo constante do Edital e os documentos pessoais serão submetidos a uma pré-análise, para posterior deferimento ou não, da Unidade Acadêmica e Pró-Reitoria de Recursos Humanos . Assim sendo e estando ciente de todos os termos do CONCURSO PÚBLICO PARA PREENCHIMENTO DE VAGAS DOCENTES, declara-se submeter-se integralmente a ele para todos os efeitos, renunciando, como de fato renunciado tem, a qualquer outro direito que porventura pudesse ter.

Termos em que, Pede Deferimento.

Uberlândia, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

\_\_\_\_\_

Candidato (a)	Nº Inscrição	Servidor
---------------	--------------	----------

DEFERIDO

INDEFERIDO

DIRETOR DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA

Obs.: No caso de candidatos portadores de necessidades especiais favor descrever abaixo as condições necessárias à realização das provas.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_