**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL**

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Coordenação de Pesquisa e Comunicação Científica Programa de Iniciação Científica – Seleção 2022-2023

ANEXO I

|  |
| --- |
| **FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO** |
| **Identificação do(a) Orientador(a)** |
| Nome Completo (sem abreviação): |
| CPF: |
| Telefone Celular: |
| E-mail: |
| Profissão: |
| Local de lotação na SES-DF: |
| **Títulos Acadêmicos do(a) Orientador(a)** |
| ( ) Especialização ( )Mestrado ( )Doutorado ( )Pós-Doutorado |
| Atua como Docente em Instituição de Ensino Superior (IES)? ( )SIM ( )NÃO  Em caso afirmativo, marque as opções correspondentes: ( )Graduação ( )Pós-Graduação *lato sensu* ( ) Mestrado ( )Doutorado ( )ESCS ( )Outra IES |
| **PROJETOS INSCRITOS**  *(no máximo 02 projetos com até 02 estudantes cada)* |
| **PROJETO 01** |
| Título do Projeto: |
| Preferência de Modalidade de Bolsa para o Projeto : ( ) IC/ESCS/FEPECS ( ) IC-Af/ESCS/FEPECS ( ) PIBIC/CNPq ( ) PIBIC-Af/CNPq |
| **ESTUDANTES ENVOLVIDOS** |
| **Estudante 1A**: ( )Bolsista ( )Voluntário |

|  |  |
| --- | --- |
| Nome Completo (sem abreviação): | |
| CPF: | |
| Telefone Celular: | |
| E-mail: | |
| Endereço completo: | |
| Cidade: | CEP: |
| Curso: ( )Enfermagem ( )Medicina ( )Outro: | |
| Instituição: ( )ESCS ( )Outra: | |
| Matrícula nº: | Série/Semestre atual: |
| Possui Conta Bancária? ( )SIM ( )NÃO  Em caso afirmativo, especifique: nº da Conta Corrente: e da Agência : Qual Banco? ( ) Banco de Brasília-BRB ( )Banco do Brasil-BB | |
| **Plano de Trabalho do(a) estudante:**  *Listar as atividades que serão executadas pelo(a) estudante no referido projeto e os resultados específicos a serem alcançados por esse(a) estudante, entre eles a capacitação a ser alcançada pelo (a) estudante ao final do programa.*   |  |  | | --- | --- | | **Atividades a serem executadas pelo estudante** | **Resultados específicos a serem alcançados pelo(a) estudante:** | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | | |
| **Estudante 1B**: ( )Bolsista ( )Voluntário | |
| Nome Completo (sem abreviação): | |
| CPF: | |
| Telefone Celular: | |
| E-mail: | |
| Endereço completo: | |
| Cidade: | CEP: |
| Curso: ( )Enfermagem ( )Medicina ( )Outro: | |
| Instituição: ( )ESCS ( )Outra: | |
| Matrícula nº: | Série/Semestre atual: |
| Possui Conta Bancária? ( )SIM ( )NÃO  Em caso afirmativo, especifique: nº da Conta Corrente: e da Agência : Qual Banco? ( ) Banco de Brasília-BRB ( )Banco do Brasil | |
| **Plano de Trabalho do(a) estudante:**  *Listar as atividades que serão executadas pelo(a) estudante no referido projeto e os resultados específicos a serem alcançados por esse(a) estudante, entre eles a capacitação a ser alcançada pelo (a) estudante ao final do programa.*   |  |  | | --- | --- | | **Atividades a serem executadas pelo estudante** | **Resultados específicos a serem alcançados pelo(a) estudante:** | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | | |
| **PROJETO 02** | |
| Título do Projeto: | |
| Preferência de Modalidade de Bolsa para o Projeto :  ( ) IC/ESCS/FEPECS ( ) IC-Af/ESCS/FEPECS ( ) PIBIC/CNPq ( ) PIBIC-Af/CNPq | |
| **ESTUDANTES ENVOLVIDOS** | |
| **Estudante 2A**: ( )Bolsista ( )Voluntário | |
| Nome Completo (sem abreviação): | |
| CPF: | |
| Telefone Celular: | |
| E-mail: | |
| Endereço completo: | |
| Cidade: | CEP: |
| Curso: ( ) Enfermagem ( ) Medicina ( ) Outro: | |
| Instituição: ( ) ESCS ( ) Outra: | |
| Matrícula nº: | Série/Semestre atual: |
| Possui Conta Bancária? ( ) SIM ( ) NÃO  Em caso afirmativo, especifique: nº da Conta Corrente: e da Agência : Qual Banco? ( ) Banco de Brasília-BRB ( ) Banco do Brasil-BB | |
| **Plano de Trabalho do(a) estudante:**  *Listar as atividades que serão executadas pelo(a) estudante no referido projeto e os resultados específicos a serem alcançados por esse(a) estudante, entre eles a capacitação a ser alcançada pelo (a) estudante ao final do programa.*   |  |  | | --- | --- | | **Atividades a serem executadas pelo estudante** | **Resultados específicos a serem alcançados pelo(a) estudante:** | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Estudante 2B**: ( )Bolsista ( )Voluntário | |
| Nome Completo (sem abreviação): | |
| CPF: | |
| Telefone Celular: | |
| E-mail: | |
| Endereço completo: | |
| Cidade: | CEP: |
| Curso: ( )Enfermagem ( )Medicina ( )Outro: | |
| Instituição: ( )ESCS ( )ETESB ( )Outra: | |
| Matrícula nº: | Série/Semestre atual: |
| Possui Conta Bancária? ( )SIM ( )NÃO  Em caso afirmativo, especifique: nº da Conta Corrente: e da Agência : Qual Banco? ( ) Banco de Brasília-BRB ( )Banco do Brasil | |
| **Plano de Trabalho do(a) estudante:**  *Listar as atividades que serão executadas pelo(a) estudante no referido projeto e os resultados específicos a serem alcançados por esse(a) estudante, entre eles a capacitação a ser alcançada pelo (a) estudante ao final do programa.*   |  |  | | --- | --- | | **Atividades a serem executadas pelo estudante** | **Resultados específicos a serem alcançados pelo(a) estudante:** | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | | |

A Coordenação do PIC/ESCS poderá, a qualquer tempo, cancelar ou suspender a bolsa de pesquisa, a participação do estudante no Programa ou mesmo o Projeto de pesquisa, quando constatada infringência a qualquer das condições constantes deste Edital e das normas concernentes a esta concessão, sem prejuízo da aplicação dos dispositivos legais que disciplinam o ressarcimento dos recursos.

Orientador e Estudantes declaram que aceitam os termos deste Edital ESCS nº 08, de 11 de abril de 2022, e comprometem-se em cumpri-lo integralmente.



**Assinatura do Orientador**



Assinatura Estudante 1A Assinatura Estudante 2A



Assinatura Estudante 1B Assinatura Estudante 2B