



Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro



SECRETARIA ACADEMICA

1

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

DOCUMENTOS REQUERIDOS

- Se deberán presentar o remitir los documentos relacionados en el punto 2.2.2.1 de lo Aviso del selección PPGCN - Maestría y Doctorado.

¡ATENCIÓN!

Toda la información solicitada es fundamental para la evaluación del candidato.

CURSO DESEADO	NIVEL
Ciencias Naturales	<input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> DS
ÁREA DE CONCENTRACIÓN	
Ciencias Naturales	
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN	
ORIENTADOR	CÓDIGO DE VACANCIA

IDENTIFICACIÓN DEL CANDIDATO

NOMBRE COMPLETO				
SEXO	PAÍS DE RESIDENCIA	NÚMERO DE PASAPORTE	FECHA DE EMISIÓN	FECHA DE EXPIRACIÓN
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			___/___/___	___/___/___
FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	VISA PERMANENTE	E-MAIL	
___/___/___		<input type="checkbox"/> SÍ NO		
DIRECCIÓN COMPLETA				
CIUDAD	DEP	PAÍS	CÓDIGO POSTAL	NÚMERO TELEFÓNICO

FORMACIÓN ACADÉMICA/TITULACIÓN

CURSO DE PREGRADO	AÑO DE CONCLUSIÓN
INSTITUCIÓN/UNIVERSIDAD	CIUDAD
DEP	PAÍS
CURSO DE POSGRADO	AÑO DE CONCLUSIÓN
INSTITUCIÓN/UNIVERSIDAD	CIUDAD
DEP	PAÍS

PARA CANDIDATOS CON DISCAPACIDAD (Ley Federal nº 13.146/2015 - Ley Brasileña de Inclusión de Personas con Discapacidad)

¿ES PERSONA CON DISCAPACIDAD?	TIPO DE DISCAPACIDAD	¿CUALQUIER NECESIDAD ESPECIAL?
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> VISUAL <input type="checkbox"/> FÍSICO <input type="checkbox"/> AUDITIVA <input type="checkbox"/> MENTAL <input type="checkbox"/> OTRO _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Qual: _____ _____

Informar a la coordinación del programa sobre cualquier necesidad especial para participar en el proceso de selección – punto 2.2.13 del aviso de selección

ACTIVIDAD PROFESIONAL Y LUGAR DE TRABAJO (sólo actividades con relación laboral activa)*

INSTITUCIÓN	PERÍODO		DESCRIBIR LA ACTIVIDAD
	DESDE	HASTA	

* Docencia, investigación, extensión, promoción y actividad privada. Identifique, comenzando por la más reciente, sus últimas tres actividades pagas, si tiene alguna.

FUENTE DE FINANCIACIÓN DE SUS RECURSOS

- I Tengo una beca que me otorgará: _____ .
 Mantendré una relación laboral durante el curso, percibiendo un salario.
 Mantendré una relación laboral durante el curso, sin recibir salario.
- Tengo trabajo, pero quiero solicitar una beca para el curso. Mi último salario fue R\$ _____ .
 No tengo trabajo ni beca y me gustaría solicitar una beca para el curso.

CONSENTIMIENTO DEL EMPLEADOR (para candidatos con relación laboral)

FECHA (dd/mm/yyyy)	Posición/función	FIRMA* (use el archivo de imagen con la firma)
____/____/____		

* Firma del Director o superior jerárquico competente o enviar declaración en papel membretado de la institución, expresando la conformidad con la ausencia del candidato a cursar el curso, en caso de ser seleccionado, en régimen de tiempo completo de conformidad con el punto 10.3 del aviso de selección

TÍTULO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN (SÓLO PARA DOCTORADOS)

Presentar una propuesta de proyecto de investigación que se elaborará de acuerdo con las instrucciones del ANEXO 5 (punto 2.2.2.1 del aviso de selección)

DECLARACIÓN

DECLARO que esta solicitud contiene información completa y veraz, que acepto el sistema y criterios adoptados por la institución para evaluarla, así como las normas establecidas por el Reglamento de Posgrado de la UENF y la carrera.

LOCAL	FECHA (dd/mm/yyyy)	FIRMA* (use el archivo de imagen con la firma)
	____/____/____	

TERM OF COMMITMENT

Me comprometo a presentar copia certificada de mis títulos de Educación Superior y/o Maestría, o documentos equivalentes, antes de la fecha límite para la inscripción inicial de acuerdo con el calendario académico de posgrado de la UENF. Asimismo, declaro estar consciente de que el incumplimiento de lo anterior dará lugar a la no realización de mi inscripción y a mi posterior eliminación del proceso de selección.

LOCAL	FECHA (dd/mm/yyyy)	FIRMA* (use el archivo de imagen con la firma)
	____/____/____	