
ANEXO IV

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO



FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO

DOCUMENTOS EXIGIDOS

- Cópia do diploma do curso superior ou equivalente;
- Histórico escolar (definitivo) do curso superior;
- Cópia do diploma do mestrado, para os candidatos ao doutorado;
- Histórico escolar (definitivo) do mestrado, para os candidatos ao doutorado;
- *Curriculum Vitae*;
- Duas fotos 3×4;
- Carta de recomendação de três pessoas ligadas a sua formação universitária ou as suas atividades profissionais;
- Cópia da Cédula de Identidade Civil, CPF, Registro Civil, Título de Eleitor e Documento Militar;
- Comprovante de pagamento da taxa de inscrição (identificado com o nome do candidato).

ATENÇÃO!

Todas as informações solicitadas são indispensáveis à avaliação do candidato.

| | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| CURSO PRETENDIDO (vide Edital) | NÍVEL | |
| | <input type="checkbox"/> MS | <input type="checkbox"/> DS |
| ÁREA DE CONCENTRAÇÃO (vide Edital) | | |
| | | |
| LINHA DE PESQUISA PRETENDIDA (vide Edital) 1ª Opção - Obrigatório | | |
| | | |
| TÓPICO PRETENDIDO (vide Edital) 1ª Opção - Obrigatório | | |
| | | |
| LINHA DE PESQUISA PRETENDIDA (vide Edital) 2ª Opção - Opcional | | |
| | | |
| TÓPICO PRETENDIDO (vide Edital) 2ª Opção - Opcional | | |
| | | |

IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

| | | | | | |
|---|----------------------|---|-------------------|-----------------|------------------------|
| NOME COMPLETO | | | | | |
| | | | | | |
| SEXO | CPF | IDENTIDADE | ORG. EMIS. | UF | DATA DE EMISSÃO |
| <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | | | | ___/___/___ |
| NASCIMENTO | NACIONALIDADE | VISTO PERMANENTE | E-mail | | |
| ___/___/___ | | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | | | |
| ENDEREÇO | | | | | |
| | | | | | |
| CIDADE | UF | PAÍS | CEP | TELEFONE | |
| | | | | | |

FORMAÇÃO ACADÊMICA

| | | | | |
|---------------------------|--|---------------|------------|-------------|
| CURSO DE GRADUAÇÃO | | | ANO | |
| | | | | |
| INSTITUIÇÃO | | CIDADE | UF | PAÍS |
| | | | | |

| | | | |
|-------------------------------|---------------|------------|-------------|
| CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO | | ANO | |
| | | | |
| INSTITUIÇÃO | CIDADE | UF | PAÍS |
| | | | |

ATUAÇÃO PROFISSIONAL E LOCAL DE TRABALHO*

| INSTITUIÇÃO | PERÍODO | | TIPO DE ATIVIDADE |
|-------------|---------|-----|-------------------|
| | DESDE | ATÉ | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

* Docência, pesquisa, extensão, promoção e atividade particular. Identifique, começando pela mais recente, suas três últimas atividades remuneradas.

| FONTE FINANCIADORA DE SEUS RECURSOS | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Possuo bolsa de estudo a ser concedida pelo(a) _____. |
| <input type="checkbox"/> | Manterei vínculo empregatício durante o curso, recebendo vencimentos. |
| <input type="checkbox"/> | Manterei vínculo empregatício durante o curso, sem receber vencimentos. |
| <input type="checkbox"/> | *Possuo emprego, mas desejo candidatar-me a uma bolsa do curso. Meu último salário foi R\$ _____. |
| <input type="checkbox"/> | *Não possuo emprego ou bolsa e desejo candidatar-me a uma bolsa do curso. |

* Somente para candidatos brasileiros.

CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO (para candidatos com vínculo empregatício)

| DATA | CARGO/FUNÇÃO | ASSINATURA/CARIMBO* |
|----------------|--------------|---------------------|
| ____/____/____ | | |

* Assinatura do Diretor ou superior hierárquico competente, manifestando sua concordância quanto ao afastamento do candidato para realizar o curso, caso seja selecionado, em regime de tempo integral

| DECLARAÇÃO | | |
|---|----------------|------------|
| DECLARO que este pedido contém informações completas e exatas, que aceito o sistema e os critérios adotados pela instituição para avaliá-lo, bem como as normas estabelecidas pelo Regimento de Pós-Graduação da UENF e do curso. | | |
| LOCAL | DATA | ASSINATURA |
| | ____/____/____ | |

| TERMO DE COMPROMISSO | | |
|---|----------------|------------|
| Comprometo-me a entregar cópia autenticada dos diplomas de Curso Superior e/ou de Mestrado, ou documentos equivalentes, até a data-limite da matrícula inicial, de acordo com Calendário Acadêmico. | | |
| Declaro, ainda, estar ciente de que o descumprimento do exposto acima implicará na não efetivação da minha matrícula e a consequente perda da vaga. | | |
| LOCAL | DATA | ASSINATURA |
| | ____/____/____ | |