|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| logosUenf logosuenftipo | **Secretaria Acadêmica**  | **1** |
| FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO  |
|  |
| **DOCUMENTOS EXIGIDOS** |
| 1. Cópia do diploma do curso superior ou equivalente;
2. Histórico escolar (definitivo) do curso superior;
3. Cópia do diploma do mestrado, para os candidatos ao doutorado;
4. Histórico escolar (definitivo) do mestrado, para os candidatos ao doutorado;
5. *Curriculum Vitae* documentado;
6. Duas fotos 3×4;
7. Carta de recomendação de três pessoas ligadas a sua formação universitária ou as suas atividades profissionais;
8. Cópia da Cédula de Identidade Civil, CPF, Registro Civil, Título de Eleitor e Documento Militar;
9. 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 lista em anexo)** | **NÍVEL** |
|  | 1. MS
 | 1. DS
 |
| **ÁREA DE CONCENTRAÇÃO (vide lista em anexo)** |
|  |
| **IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO** |
| **NOME COMPLETO** |
|  |
| **SEXO** | **CPF** | **IDENTIDADE** | **ORG. EMIS.** | **UF** | **DATA DE EMISSÃO** |
| 1. M
 | 1. F
 |  |  |  |  | **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_** |
| **NASCIMENTO** | **NACIONALIDADE** | **NATURALIDADE** | **VISTO PERMANENTE** |
| **\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_** |  |  | 1. SIM
 | 1. NÃO
 |
| **Nº TÍTULO DE ELEITOR**  | **ZONA** | **SEÇÃO** | **DATA DE EMISSÃO** | **LOCAL** |
|  |  |  |  |  |
| **Nº DOCUMENTO MILITAR** | **ÓRGÃO EXPEDIDOR** | **DATA DE EMISSÃO** | **LOCAL** | **ESTADO CIVIL** |
|  |  |  |  |  |
| **NOME COMPLETO DA MÃE** |  |
| **NOME COMPLETO DO PAI** |  |
| **ENDEREÇO**  |
|  |
| **E-MAIL:** |  |
| **CIDADE** | **UF** | **PAÍS** | **CEP** | **TELEFONE** |
|  |  |  |  |  |
|  |
| Página 1/3 |
| **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\*** |
|  | **PERÍODO** |  |
| **INSTITUIÇÃO** | **DESDE** | **ATÉ** | **TIPO DE ATIVIDADE** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| \* Docência, pesquisa, extensão, promoção e atividade particular. Identifique, começando pela mais recente, suas três últimas atividades remuneradas. |
| **FONTE FINANCIADORA DE SEUS RECURSOS** |
| 1. Possuo bolsa de estudo a ser concedida pelo(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
2. Manterei vínculo empregatício durante o curso, recebendo vencimentos.
3. Manterei vínculo empregatício durante o curso, sem receber vencimentos.
4. \*Possuo emprego, mas desejo candidatar-me a uma bolsa do curso. Meu último salário foi R$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
5. \*Não possuo emprego ou bolsa e desejo candidatar-me a uma bolsa do curso.
 |
| \* Somente para candidatos brasileiros. |
| **PLANO DE TRABALHO** |
| **RESUMO DO PROJETO E DA ADESÃO DO MESMO À LINHA DE PESQUISA DE INTERESSE** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **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** |
|  | \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |  |
|  |
| Página 2/3 |
|  |
| **TERMO DE COMPROMISSO** |
| Comprometo-me a entregar os diplomas de Curso Superior e/ou de Mestrado, ou documentos equivalentes, até a data-limite da matrícula inicial, que ocorrerá no dia 24/02/2009.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** |
|  | \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |  |
|  |
| Página 3/3 |