|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **lgbr** | MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃOUNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTASPRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃOPROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE ALIMENTOS | MEST |

|  |
| --- |
| FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO AO PROCESSO SELETIVO – MESTRADO PPGCTA |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LINHA DE PESQUISA:🗆 Ciência e Tecnologia de Frutas e Hortaliças🗆 Ciência e Tecnologia de Grãos🗆 Microbiologia de Alimentos |  | PROCESSO SELETIVO INGRESSO:  |
| NÍVEL:             🗵 Mestrado |

|  |
| --- |
| IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO |

|  |
| --- |
| NOME COMPLETO: |
| RG IDENTIDADE: | ÓRGÃO EMISSOR: | UF: | DATA EMISSÃO: | FOTO |
| CPF: | DATA DE NASCIMENTO: | NATURALIDADE: |
| NACIONALIDADE: | VISTO PERMANENTE:🗆 SIM              🗆 NÃO | SEXO:🗆 MASC.          🗆 FEM. |
| DOCUMENTO MILITAR (NÚMERO/SÉRIE): | PASSAPORTE: |
| TÍTULO ELEITORAL: | ZONA: | MUNICÍPIO/ESTADO: |
| E-MAILs: |

|  |
| --- |
| ENDEREÇO RESIDENCIAL |

|  |  |
| --- | --- |
| ENDEREÇO RESIDENCIAL PERMANENTE (RUA, AV.,ETC.) | COMPLEMENTO/No: |
| BAIRRO: | CEP: | MUNICÍPIO: | UF: | PAÍS: |
| DDD: | TELEFONE RESIDENCIAL: | DDD: | TELEFONE CELULAR: |

|  |
| --- |
| ENDEREÇO PROFISSIONAL |

|  |  |
| --- | --- |
| INSTITUIÇÃO/EMPRESA: | CARGO: |
| ENDEREÇO (RUA, AV.,ETC.) | COMPLEMENTO/No: |
| BAIRRO: | CEP: | MUNICÍPIO: | UF: | PAÍS: |
| DDD: | TELEFONE/RAMAL: | DDD: | FAX: | DDD: | TELEFONE CELULAR: |

|  |
| --- |
| FORMAÇÃO ACADÊMICA |

|  |
| --- |
| GRADUAÇÃO |
| NOME DO CURSO: | ANO DE CONCLUSÃO: |
| TÍTULO: |
| FACULDADE/SIGLA: |
| UNIVERSIDADE/SIGLA: |
| PAÍS: | CIDADE: | UF: |

|  |
| --- |
| PÓS-GRADUAÇÃO |
| NOME DO CURSO: | ANO DE CONCLUSÃO: |
| NÍVEL: 🗆 Especialização  🗆 Residência🗆 Mestrado Acadêmico  🗆 Mestrado Profissionalizante | TÍTULO: |
| ORIENTADOR |
| FACULDADE/SIGLA: |
| UNIVERSIDADE/SIGLA: |
| PAÍS: | CIDADE: | UF: |

|  |  |
| --- | --- |
| NOME DO CURSO: | ANO DE CONCLUSÃO: |
| NÍVEL: 🗆 Especialização  🗆 Residência🗆 Mestrado Acadêmico  🗆 Mestrado Profissionalizante | TÍTULO: |
| ORIENTADOR |
| FACULDADE/SIGLA: |
| UNIVERSIDADE/SIGLA: |
| PAÍS: | CIDADE: | UF: |

|  |
| --- |
| CONHECIMENTO DE IDIOMAS |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| IDIOMA | Fala | Lê | Escreve |  | IDIOMA | Fala | Lê | Escreve |
| Inglês | 🗆 P 🗆 R 🗆 B | 🗆 P 🗆 R 🗆 B | 🗆 P 🗆 R 🗆 B | Alemão | 🗆 P 🗆 R 🗆 B | 🗆 P 🗆 R 🗆 B | 🗆 P 🗆 R 🗆 B |
| Francês | 🗆 P 🗆 R 🗆 B | 🗆 P 🗆 R 🗆 B | 🗆 P 🗆 R 🗆 B | Italiano | 🗆 P 🗆 R 🗆 B | 🗆 P 🗆 R 🗆 B | 🗆 P 🗆 R 🗆 B |
| Espanhol | 🗆 P 🗆 R 🗆 B | 🗆 P 🗆 R 🗆 B | 🗆 P 🗆 R 🗆 B |  | 🗆 P 🗆 R 🗆 B | 🗆 P 🗆 R 🗆 B | 🗆 P 🗆 R 🗆 B |

Conhecimento de Idiomas:   P=Pouco     R=Razoável     B=Bem

|  |
| --- |
| ATUAÇÃO PROFISSIONAL E LOCAL DE TRABALHO |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Instituição | Período | Tipo de atividade (docência, pesquisa, extensão, promoção e atividade particular)Indique cronologicamente, começando pela mais recente, suas últimas atividades profissionais remuneradas. |
| Desde(mês/ano) | Até(mês/ano) |
|
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| BOLSA DE ESTUDOS – VÍNCULO EMPREGATÍCIO |

|  |  |
| --- | --- |
| Possui bolsa de estudos?  🗆 Sim     🗆 Não | Pretende solicitar bolsa de estudos ao Curso?  🗆 Sim     🗆 Não |

|  |  |
| --- | --- |
| Mantém vínculo empregatício?🗆 Sim     🗆 Não | Pretende solicitar afastamento?  🗆 Sim     🗆 NãoRemunerado?  🗆 Sim     🗆 Não |

|  |
| --- |
| REFERÊNCIAS |

|  |
| --- |
| Indique o nome de duas pessoas que poderão ser consultadas a fornecer referências sobre o candidato.ATENÇÃO: Essas pessoas **NÃO** deverão remeter formulário ou carta de apresentação. |
| Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Função: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Instituição:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Endereço:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefone: (\_\_\_\_)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ramal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-Mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Função: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Instituição:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Endereço:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefone: (\_\_\_\_)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ramal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-Mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO(na existência de vínculo empregatício e de sua manutenção) |

|  |
| --- |
| Assinatura do Diretor ou de Superior hierárquico competente, manifestando sua concordância quanto à apresentação desta inscrição, bem como a responsabilidade da Instituição de origem em manter salários, proventos ou concessão de bolsa de estudos durante a realização do curso. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Local e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Assinatura e Carimbo do Representante Legal | Cargo/Função:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| DECLARAÇÃO |

|  |
| --- |
| Declaro que este pedido contém informações exatas e que me comprometo a cumprir, fielmente, todas as normas do Programa de Pós-Graduação em Ciência e Tecnologia de Alimentos e as demais por ele adotadas.Local:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura: |