|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **lgbr** | MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE SEMENTES | MSPROF |

|  |
| --- |
| FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO AO PROCESSO SELETIVO – MESTRADOPROFISSIONAL |

|  |
| --- |
| NÍVEL:             🗵 Mestrado Profissional  Ano Seleção \_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| 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) |
|
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 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 Curso de Mestrado Profissional em Ciência e Tecnologia de Sementes e as demais por ele adotadas.  Local:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura: |