



### FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO

|   |  |                                  |
|---|--|----------------------------------|
| <u>Área de Concentração:</u> DIREITOS SOCIAIS | <u>Linhas de Pesquisa</u><br><input type="checkbox"/> ESTADO E CONSTITUIÇÃO<br><input type="checkbox"/> DIREITO E VULNERABILIDADE SOCIAL | Professor/orientador pretendido: |
|---|--|----------------------------------|

### IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

|                              |               |   |   |           |                 |
|------------------------------|---------------|---|---|-----------|-----------------|
| NOME COMPLETO:               |               | E-MAIL  |   | FOTO      |                 |
| CPF:                         | IDENTIDADE:   | ÓRGÃO EMISSOR:  | UF:   |           | DATA DE EMISSÃO |
| DATA DE NASCIMENTO:          | NACIONALIDADE | VISTO PREMANENTE  | SEXO  |           |                 |
|                              |               | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |           |                 |
| DOCUMENTO MILITAR (Nº SÉRIE) |               | PASSAPORTE  |   |           |                 |
| TÍTULO ELEITORAL             | ZONA          | MUNICÍPIO/ESTADO  |   |           |                 |
| ENDEREÇO RESIDENCIAL:        |               |   |   |           |                 |
| CEP:                         | CIDADE:       | UF:   | PAÍS  | DDD: TEL: |                 |

### FORMAÇÃO ACADÊMICA

|                |         |                   |                   |
|----------------|---------|-------------------|-------------------|
| GRADUAÇÃO      |         |                   |                   |
| NOME DO CURSO: |         | ANO DE CONCLUSÃO: |                   |
| INSTITUIÇÃO:   |         |                   |                   |
| PAÍS:          | CIDADE: | UF:               |                   |
| PÓS-GRADUAÇÃO  |         |                   |                   |
| NOME DO CURSO: |         | NÍVEL:            | ANO DE CONCLUSÃO: |
| INSTITUIÇÃO:   |         |                   |                   |
| PAÍS:          | CIDADE: | UF                |                   |
| NOME DO CURSO: |         | NÍVEL:            | ANO DE CONCLUSÃO: |
| INSTITUIÇÃO:   |         |                   |                   |
| PAÍS:          | CIDADE: | UF                |                   |

| CONHECIMENTO DE IDIOMAS |      |    |         | P - Pouco | R - razoável | B - Bem |         |
|-------------------------|------|----|---------|-----------|--------------|---------|---------|
| IDIOMA                  | Fala | Lê | Escreve | IDIOMA    | Fala         | Lê      | Escreve |
| INGLÊS                  |      |    |         | ALEMÃO    |              |         |         |
| FRANCÊS                 |      |    |         | ITALIANO  |              |         |         |
| ESPAÑHOL                |      |    |         |           |              |         |         |

### ATUAÇÃO PROFISSIONAL E LOCAL DE TRABALHO

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

### BOLSA DE ESTUDO

|  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Possui bolsa de estudo?                      | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Pretende solicitar bolsa de estudo ao Curso? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| MANTÉM VÍNCULO DE EMPREGO?                   | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

### ATENDIMENTO DE NECESSIDADES ESPECIAIS

Especificar atendimento (solicitação será apreciada pelo Colegiado): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### DOCUMENTOS QUE DEVEM SER ANEXADOS A ESTE FORMULÁRIO

VER EDITAL PARA EXAME DE SELEÇÃO ([www.ufpel.edu.br/prppg](http://www.ufpel.edu.br/prppg))