MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

INSTITUTO DE FÍSICA E MATEMÁTICA

PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO MATEMÁTICA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO** | | |
| PROGRAMA |  | NÍVEL |
| PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO MATEMÁTICA |  | MESTRADO |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| I**DENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO** | | | | |
| NOME COMPLETO: E-MAIL  ww | | | | |
| CPF: | IDENTIDADE: | ÓRGÃO EMISSOR: | UF: | DATA DE EMISSÃO |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| DATA DE NASCIMENTO: | NACIONALIDADE | VISTO PREMANENTE (para candidatos estrangeiros) | SEXO |
|  |  | [ ] SIM [ ] NÃO | [ ] M [ ] F |  |

|  |  |
| --- | --- |
| DOCUMENTO MILITAR (Nº SÉRIE) | PASSAPORTE (para candidatos estrangeiros) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |

|  |
| --- |
| **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 três atividades profissionais remuneradas. |
| Desde | Até |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **BOLSA DE ESTUDO** | | |
| Possui bolsa de estudo? | [ ] Sim | [ ] Não |
| Pretende solicitar bolsa de estudo ao Curso? | [ ] Sim | [ ] Não |
| MANTÉM VÍNCULO DE EMPREGO? | [ ] Sim | [ ] Não |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DEFICIÊNCIA** | | |
| Possui alguma deficiência? | [ ] Sim | [ ] Não |
| [ ] Deficiência Auditiva |  |  |
| [ ] Deficiência Visual |  |  |
| [ ] Deficiência Física |  |  |
| [ ] Deficiência Intelectual |  |  |
| [ ] Deficiência Múltipla |  |  |
| [ ] Outras. Descreva |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Atendimento Especial** | | |
| Necessita de atendimento especial para o processo seletivo? | [ ] Sim | [ ] Não |
| [ ] TILS |  |  |
| [ ] Guia-intérprete |  |  |
| [ ] Outros. Descreva |  |  |