|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| logoufpel | **UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**  CENTRO DE LETRAS E COMUNICAÇÃO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM LETRAS | C:\Users\Admin\Documents\Daiane\ufpel\PPGL\logo\PPGL\PPGL (cor).jpg |

|  |
| --- |
| **SELEÇÃO ALUNO REGULAR MESTRADO 2024/2**  **FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO** |

|  |  |
| --- | --- |
| LINHA DE PESQUISA:  ORIENTADOR(A):  ACEITA SER ORIENTADO/A POR OUTRO/A ORIENTADOR/A DA MESMA LINHA EM CASO DE APROVAÇÃO SEM CLASSIFICAÇÃO PARA O/A ORIENTADOR/A PRETENDIDO/A? | Vaga pretendida:  ( ) Ampla concorrência  ( ) Cota – negros, indígenas, quilombolas e portadores de deficiência  ( ) Servidores da UFPEL  ( ) Travestis e pessoas trans |

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOME COMPLETO: | | | | | | |
| NOME SOCIAL (SE APLICÁVEL): | | | | | | |
| CPF: | IDENTIDADE: | ÓRGÃO EMISSOR: | UF: | | DATA EMISSÃO: | FOTO |
| DATA DE NASCIMENTO: | NACIONALIDADE: | VISTO PERMANENTE:  🗖 Sim 🗖Não | | | SEXO:  🗖 M 🗖 F |
| DOCUMENTO MILITAR (Nº SÉRIE): | | PASSAPORTE (SE APLICÁVEL): | | | |
| TÍTULO ELEITORAL: | ZONA: | CIDADE/UF: | | | |
| ENDEREÇO RESIDENCIAL: | | | | E-MAIL: | | |
| CEP: | CIDADE/UF | PAÍS: | | | TELEFONE: | |

|  |
| --- |
| **FORMAÇÃO ACADÊMICA** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **GRADUAÇÃO** | | | |
| NOME DO CURSO: | | | ANO DE CONCLUSÃO: |
| INSTITUIÇÃO: | | | |
| PAÍS: | CIDADE:  Pelotas | | 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 – Bom** | |
| IDIOMA | FALA | LÊ | ESCREVE | IDIOMA | FALA | | LÊ | | ESCREVE |
| INGLÊS |  |  |  |  |  | |  | |  |
| FRANCÊS |  |  |  |  |  | |  | |  |
| ESPANHOL |  |  |  |  |  | |  | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 | 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 |

ASSINATURA (digitalizada ou através do portal Gov.Br)