**FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO** | | | | | | | | |
| Nome completo | | Data de Nascimento  \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ | | | | Sexo  M ( ) F ( ) | | [Digitalizar foto] |
| Identidade | Órgão Emissor | UF | | | Data de Emissão  \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ | | |
| CPF | Título Eleitoral | Documento Militar (nº série) | | | | | |
| Nacionalidade | Passaporte | | | Visto Permanente  S ( ) N ( ) | | | CEP | |
| Endereço residencial | | | Cidade/UF | | | | | País |
| Telefone residencial | Telefone celular | | | E-mail | | | | |
| Nome do Pai | | | Nome da Mãe | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMAÇÃO ACADÊMICA** | | | | |
| **GRADUAÇÃO** | | | | |
| Nome do curso | | Ano de Conclusão | | |
| Instituição | Cidade | | UF | País |
| **PÓS-GRADUAÇÃO** | | | | |
| Nome do curso | | Ano de Conclusão | | |
| Instituição | Cidade | | UF | País |

O(a) candidato(a), abaixo assinado, afirma ter pleno conhecimento das normas de seleção conforme Edital de seleção vigente do PPGMCF-UFPel.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura