|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTASPRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM VETERINÁRIA** | 1 |

|  |
| --- |
| FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| PROGRAMA |  | ÁREA ESPECÍFICA |  | NÍVEL |
| PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM VETERINÁRIA |  |  | MESTRADO  DOUTORADO |

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOME COMPLETO: | | | | | |
| E-MAIL: | | | | | |
| CPF: | IDENTIDADE: | ÓRGÃO EMISSOR: | UF: | DATA DE EMISSÃO |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| DATA DE NASCIMENTO: | NACIONALIDADE | VISTO PREMANENTE | SEXO |  |
|  |  | SIM  NÃO | M  F |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DOCUMENTO MILITAR (Nº SÉRIE) | PASSAPORTE | FOTO |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| TÍTULO ELEITORAL | ZONA | MUNICÍPIO/ESTADO |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ENDEREÇO RESIDENCIAL: |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CEP: | CIDADE: | UF: | PAÍS | DDD: | TEL FIXO | CELULAR |

|  |
| --- |
| 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 - Bom |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| IDIOMA | FALA | LÊ | ESCREVE | IDIOMA | FALA | LÊ | ESCREVE |
| INGLÊS |  |  |  | ALEMÃO |  |  |  |
| FRANCÊS |  |  |  | ITALIANO |  |  |  |
| ESPANHOL |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Indicação de duas pessoas que poderão fornecer referências sobre o candidato. |
| Nome:  Função e Instituição:  E-mail e Telefone: |
| Nome:  Função e Instituição:  E-mail e Telefone: |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO (Representante legal do local onde trabalha)** | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Data | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura/Carimbo | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Cargo/Função |

|  |
| --- |
| Assinatura do diretor ou superior hierárquico competente, manifestando sua concordância quanto à apresentação desta inscrição, bem como a responsabilidade da Instituição de origem de manter salários, proventos ou concessão de bolsa de estudo durante a realização do curso. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| BOLSA DE ESTUDO | | |
| Possui bolsa de estudo? | Sim | Não |
| Pretende solicitar bolsa de estudo ao Curso? | Sim | Não |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| MANTÉM VÍNCULO DE EMPREGO? | Sim | Não |

|  |
| --- |
| **DECLARAÇÃO** |
| Declaro que este pedido contém informações exatas e que me comprometo a cumprir, fielmente, as normas do curso ao qual solicito minha inscrição  Local: Data:  Nome do Candidato: |

|  |
| --- |
| ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA |
| **UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**  **Programa de Pós-Graduação em Veterinária**  Caixa Postal 354 - Campus Universitário - CEP 96010-900 - Pelotas/RS  E-mail: [pgradvet@gmail.com](mailto:pgradvet@gmail.com) |