**A FICHA DEVERÁ SER DIGITADA.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| LOGO UFRJ-IBCCF-BIOFÍSICA | | | |
| **( X ) PÓS--DOUTORADO CAPES-COVD** | | | |
| **DADOS PESSOAIS:** | | | |
| foto 3 x 4  cole aqui | Nome completo: | | |
| Data de nascimento: | | |
| Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino | | |
| Estado civil: Cor: ( ) | | |
| Naturalidade: Cidade: Estado: | | |
| Nacionalidade: ( ) Brasileiro Nato ( ) Brasileiro naturalizado | | |
| ( ) Equiparado ( ) Estrangeiro | | |
| Se estrangeiro, país de origem: | | |
| **ENDEREÇO:** | | | |
| Logradouro: | | | |
| Bairro: | | Município: | |
| Estado: | | CEP: | |
| Telefone Residencial: ( ) | | Telefone Celular: ( ) | |
| E-mail Institucional (**obrigatório):** @biof.ufrj.br | | | |
| E-mail alternativo: | | | |
|  | | | |
| **DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO:** | | | |
| CPF: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Carteira de identidade Nº:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| Órgão emissor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data da emissão: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_ | | | |
| Se estrangeiro, preencher: | | | |
| Número do Passaporte: | | | Data da expedição: |
| Órgão expedidor: | | | Número do visto: |
| Tipo do Visto: | | | Duração do visto: |
| **Título eleitoral** Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Seção: Zona: Estado: | | | |
| **Certificado Militar Nº:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Categoria: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado:\_\_\_\_\_\_  Órgão: ( ) Ministério da Aeronáutica ( ) Ministério do Exército ( ) Ministério da Marinha  ( ) Corpo de Bombeiros ( ) Polícia Militar  O certificado é de dispensa? ( ) Sim ( ) Não | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **SOBRE BOLSA DE PÓS-DOUTORADO:** | |
| Já foi bolsista? ( ) Sim ( ) Não Qual a agência? | |
| Período: | |
|  | |
| É bolsista? ( ) Sim ( ) Não | Qual a agência? |
| Período: | |

|  |
| --- |
| **SOBRE VÍNCULO:** |
| Tem vínculo empregatício fora da UFRJ: ( ) SIM ( ) NÃO |
| Onde: |
| Em caso afirmativo, preencher o anexo I |

|  |
| --- |
| **DADOS DO DOUTORADO:** |
| Programa de PG onde obteve o título: |
| Instituto: Instituição: |
| Nome do orientador: |
| Data da defesa: |

|  |
| --- |
| **DADOS DO SUPERVISOR:** |
| Nome completo: |
| E-mail: |
| CPF: |

|  |
| --- |
| **SOBRE O PIPD:** |
| Título do Projeto: |
|  |
|  |
|  |
| **CARGA HORÁRIA SEMANAL:**  ( ) 20 horas ( ) 25 horas ( ) 30 horas ( ) 35 horas ( ) 40 horas |

Datar,

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

Assinatura do candidato Assinatura do supervisor