**A FICHA DEVERÁ SER DIGITADA.**

|  |
| --- |
| LOGO UFRJ-IBCCF-BIOFÍSICA |
| **( X ) PÓS--DOUTORADO CAPES-COVD** |
| **DADOS PESSOAIS:** |
| foto 3 x 4cole 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 MilitarO 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