**ORIENTAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO**

1. O candidato deve preencher **todos** os itens do formulário ainda no programa WORD, com exceção dos campos “foto 3x4” e “assinatura do candidato”.
2. Após o preenchimento deverá salvar o formulário no formato PDF.
3. Após salvar o formulário em PDF, o candidato deverá clicar no ícone  “assinar” do editor de PDF para incluir nos campos a foto 3x4 e a assinatura.
4. O candidato deve salvar e enviar com os demais documentos solicitados no edital.

|  |
| --- |
| **C:\Users\Pós-graduação\Google Drive\ASSINATURAS E LOGOS\ufrj100anos.png**MPBMPB  **FICHA DE INSCRIÇÃO**  |
| DADOS PRINCIPAIS:  |
| Nível: **MESTRADO PROFISSIONAL**  |
| Mês/Ano de ingresso: Escolher um item. Escolher um item. |
| **DADOS PESSOAIS:** |
| Nome completo:  |
| Nome do Pai:  |
| Nome da Mãe:  |
| Data de nascimento:  Estado civil: Escolher um item. |
| Cor: Escolher um item. Sexo: Escolher um item.  |
| Nacionalidade: Escolher um item. |
| Naturalidade:  Estado: Escolher um item. |
| Se estrangeiro, país de origem:  Ano de chegada ao Brasil:  |
| Tipo sanguíneo: Escolher um item. Fator RH: Escolher um item. |
| Possui deficiência? Escolher um item. Caso Afirmativo, qual?   |
| **AÇÕES AFIRMATIVAS:** |
| Concorre a Cota? Escolher um item.  |
| Concorre a vaga de: Escolher um item. Resolução Nº 03 de 23 de outubro de 2018 |
| **PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO INSTITUCIONAL (PQI):** |
| Concorre ao PQI? Escolher um item. |
| **ENDEREÇO:** |
| Logradouro:  |
| Nº:  Complemento:  |
| Bairro:  | Município:  |
| Estado:  | CEP:  |
| Telefone Residencial com DDD:  | Telefone Celular com DDD:  |
| E-mail (particular):  |
| E-mail (institucional @biof.ufrj.br):  |
| **DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO:** |
| CPF (somente números):  |
| Carteira de identidade Nº:  Órgão emissor:Data da emissão:  Estado:  |
| Título eleitoral Nº:  Seção:  Zona:  Município / UF:Data da emissão: |
| **SE ESTRANGEIRO, PREENCHER:** |
| Número do Passaporte: | Data da expedição: |
| Órgão expedidor: | Número do visto: |
| Tipo do Visto: | Duração do visto: |
| **CERTIFICADO MILITAR:** |
| Situação: Escolher um item.Nº:Categoria: Órgão: Escolher um item. Estado (UF):  |
| **FORMAÇÃO ANTERIOR: ( GRADUAÇÃO)** |
| Curso:  Universidade:   |
| Estado (UF):  Início do curso: Término do curso: |
| **ÊNFASE ESCOLHIDA** (escolha três ênfases diferentes em ordem de prioridade, 1ª maior prioridade) |
| **1ª.** Escolher um item.  |
| **2ª.** Escolher um item.  |
| **3ª.** Escolher um item. |
|  |
| A Dissertação será realizada no Instituto de Biofísica Carlos Chagas Filho? Escolher um item.  |
| Possui atividade remunerada pública ou privada?Escolher um item.Onde?  |
| **ÁREA ESCOLHIDA PARA A PROVA ESCRITA:**  |
| Escolher um item. |

Data: 

 

 Assinatura do(a) candidato(a)