**ORIENTAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO**

1. Preencher todos os campos do formulário ainda no programa WORD, com exceção dos campos “assinatura do(a) candidato(a)” e “assinatura do(a) supervisor(a)”.
2. Após o preenchimento deverá salvar o formulário no formato PDF, incluir a assinatura do(a) candidato(a) e enviar para o(a) supervisor(a) incluir a sua assinatura.
3. Assim que estiver com as devidas assinaturas, o(a) candidato(a) deve enviar o pdf do formulário para o e-mail cpgp@biof.ufrj.br

**OBS.:** Para incluir assinatura no formulário é necessário clicar no ícone caneta pelo editor de pdf.

|  |
| --- |
| C:\Users\Positivo\Documents\Downloads\Logo Biofísica 2 - Formato PNG-01.png**PROGRAMA INSTITUCIONAL DE PÓS-DOUTORADO (PIPD)**Foto 3x4   |
| DADOS PRINCIPAIS:  |
| **PROCESSO Nº:**  |
| **MATRÍCULA:**  |
| **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?**   |
| **E-MAIL:** |
| **E-mail (institucional @biof.ufrj.br):**  |
| **E-mail (particular):**  |
| **ENDEREÇO:** |
| **Logradouro:**  |
| **Nº:**  **Complemento:**  |
| **Bairro:**  | **Município:**  |
| Estado:  | **CEP:**  |
| **Telefone Residencial com DDD:**  | **Telefone Celular com DDD:**  |
| **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:**  |

|  |
| --- |
| **CERTIFICADO MILITAR:** |
| **Situação:** Escolher um item. **Nº:  Categoria:**  **Órgão:** Escolher um item. **Estado (UF):**  |
| **SE ESTRANGEIRO, PREENCHER:** |
| **Número do Passaporte:**  | **Data da expedição:**  |
| **Órgão expedidor:**  | **Número do visto:**  |
| **Tipo do Visto:**  | **Duração do visto:**  |
| **CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO** |
| **Nome do Programa de Doutorado:**  |
| **Universidade:**  **Estado (UF):**  |
| **Início do curso:  Data da defesa:**  |
| **SOBRE BOLSA DE PÓS-DOUTORADO:** |
| **Já foi bolsista?** Escolher um item. **Qual a agência?**  |
| **Período:**  |
| **É bolsista?** Escolher um item. **Qual a agência?**  |
| **Período:**  |
| **SOBRE VÍNCULO:** |
| **Possui atividade remunerada pública ou privada?** Escolher um item. |
| **Onde?**  |
| **DADOS DO SUPERVISOR:** |
| **Nome completo:**  |
| **E-mail:**  |
| **CPF:**  |
| **CARGA HORÁRIA SEMANAL:** |
| Escolher um item. |
| **TÍTULO PROJETO:** |
|  |

**Data:** 

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

 Assinatura do(a) candidato(a) Assinatura do(a) supervisor(a)