**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 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](mailto:cpgp@biof.ufrj.br)

**https://lh5.googleusercontent.com/RjcAncrdnunA8OIQ86ObNp4VAwou9cZURsk_zzcBmhSXN9WPlGxh-ZwOICeajMxyYSmH3gSDlXtnQ89sAtEdHXEHPcBnAKUuJUO-XJ6QQ9jukPAYIXpZKLuZfNAp_1TX1z1Xi-EOBS.:** Para incluir assinatura no formulário é necessário clicar no ícone caneta pelo editor de pdf.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PROGRAMA INSTITUCIONAL DE PÓS-DOUTORADO (PIPD)** | | | |
| 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:** | | | |
| **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):** | | | |
| **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)