



Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro

Pró-PPG
de Pesquisa
e Pós-Graduação

SECRETARIA ACADÊMICA

1

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO

DOCUMENTOS EXIGIDOS

- Devem ser entregues ou encaminhados os documentos relacionados no item 2.2.2.1 do Edital PPGCN - Mestrado e Doutorado

ATENÇÃO!

Todas as informações solicitadas são indispensáveis à avaliação do candidato.

CURSO PRETENDIDO	NÍVEL
Ciências Naturais	<input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> DS
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO	
Ciências Naturais	
LINHA DE PESQUISA	
ORIENTADOR	CÓDIGO DA VAGA

IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

NOME COMPLETO					
SEXO	CPF - candidatos brasileiros	IDENTIDADE /Passaporte	ORG. EMIS.	UF	DATA DE EMISSÃO
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F					___/___/___
NASCIMENTO	NACIONALIDADE	VISTO PERMANENTE	E-MAIL		
___/___/___		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
ENDEREÇO					
CIDADE	UF	PAÍS	CEP	TELEFONE	

FORMAÇÃO ACADÊMICA

CURSO DE GRADUAÇÃO	ANO		
INSTITUIÇÃO	CIDADE	UF	PAÍS
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO	ANO		
INSTITUIÇÃO	CIDADE	UF	PAÍS

PARA CANDIDATOS PELO SISTEMA DE COTAS (Lei Estadual/RJ N° 6914/2014 atendidas as condições de carência)

SERÁ CANDIDATO POR COTA?	CATEGORIA DE COTA
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NEGROS E INDÍGENAS <input type="checkbox"/> GRADUADOS DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE ENSINO SUPERIOR <input type="checkbox"/> PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E DEMAIS SITUAÇÕES ART. 3 - ITEM 3

Enviar toda a documentação exigida de acordo com o item 2.2.4 e ANEXO 2 do edital

PARA CANDIDATOS COM DEFICIÊNCIA (Lei Federal Nº 13.146/2015 - Lei Brasileira Inclusão Pessoa com Deficiência)

É PESSOA COM DEFICIÊNCIA?	TIPO DE DEFICIÊNCIA	ALGUMA NECSSIDADE ESPECIAL?
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> VISUAL <input type="checkbox"/> MOTORA <input type="checkbox"/> AUDITIVA <input type="checkbox"/> MENTAL <input type="checkbox"/> OUTRA _____	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Qual(is): _____ _____

Informar a coordenação sobre eventuais necessidades especiais para participação no processo seletivo - item 2.2.13 do edital

ATUAÇÃO PROFISSIONAL E LOCAL DE TRABALHO*

INSTITUIÇÃO	PERÍODO		TIPO DE ATIVIDADE
	DESDE	ATÉ	

* Docência, pesquisa, extensão, promoção e atividade particular. Identifique, começando pela mais recente, suas três últimas atividades remuneradas caso possua

FONTE FINANCIADORA DE SEUS RECURSOS
<input type="checkbox"/> Possuo bolsa de estudo a ser concedida pelo(a) _____. <input type="checkbox"/> Mantereí vínculo empregatício durante o curso, recebendo vencimentos. <input type="checkbox"/> Mantereí vínculo empregatício durante o curso, sem receber vencimentos. <input type="checkbox"/> Possuo emprego, mas desejo candidatar-me a uma bolsa do curso. Meu último salário foi R\$ _____. <input type="checkbox"/> Não possuo emprego ou bolsa e desejo candidatar-me a uma bolsa do curso.

CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO (para candidatos com vínculo empregatício)

DATA	CARGO/FUNÇÃO	ASSINATURA/CARIMBO*
____/____/____		

* Assinatura do Diretor ou superior hierárquico competente ou enviar declaração em papel timbrado da instituição, manifestando sua concordância quanto ao afastamento do candidato para realizar o curso, caso seja selecionado, em regime de tempo integral de acordo com o item 10.3 do edital.

PROPOSTA DE PROJETO DE PESQUISA (SOMENTE PARA CANDIDATOS AO DOUTORADO)
Enviar Proposta de Projeto de Pesquisa a ser elaborada de acordo com as instruções do ANEXO 6 (Item 2.2.2.1 (5p) do edital)

DECLARAÇÃO		
DECLARO que este pedido contém informações completas e exatas, que aceito o sistema e os critérios adotados pela instituição para avaliá-lo, bem como as normas estabelecidas pelo Regimento de Pós-Graduação da UENF e do curso.		
LOCAL	DATA	ASSINATURA
	____/____/____	

TERMO DE COMPROMISSO		
Comprometo-me a entregar cópia autenticada dos diplomas de Curso Superior e/ou de Mestrado, ou documentos equivalentes, até a data-limite da matrícula inicial de acordo com o calendário acadêmico da pós-graduação da UENF. Declaro, ainda, estar ciente de que o descumprimento do exposto acima implicará na não efetivação da minha matrícula e a consequente eliminação do processo seletivo.		
LOCAL	DATA	ASSINATURA
	____/____/____	