

ANEXO I DO EDITAL N° 136/2017



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FLORESTAIS**

Telefone/FAX: (77) 3424 8781 - E-mail: ppgciflor@uesb.edu.br

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

NOME COMPLETO:

CPF:	IDENTIDADE:	ORGAO EMISSOR:	UF:	DATA DE EMISSAO:	
DATA DE NASCIMENTO:	NATALIDADE:	UF:	NACIONALIDADE:	VISTO PERMANENTE: () Sim () Não	SEXO: () Masc. () Fem.
ENDEREÇO RESIDENCIAL (Rua/Av.):					
BAIRRO:		CEP:	CIDADE:		
UF:	PAIS:	E-MAIL:	DDD:	TEL:	

FORMAÇÃO ACADÊMICA

G R A D U A Ç Ã O	NOME DO CURSO:	ANO DE CONCLUSAO:	
	INSTITUIÇÃO:		
	PAIS:	CIDADE:	UF:
PÓS- G R A D U A Ç Ã O	NOME DO CURSO:	NIVEL:	ANO DE CONCLUSAO:
	INSTITUIÇÃO:		
	PAIS:	CIDADE:	UF:
	NOME DO CURSO:	NIVEL:	ANO DE CONCLUSAO:
	INSTITUIÇÃO:		
	PAIS:	CIDADE:	UF:

ATUAÇÃO PROFISSIONAL E LOCAL DE TRABALHO

Instituição	Período		Tipo de atividade (docência, pesquisa, extensão, promoção e atividade particular). Indique cronologicamente, começando pela mais recente, suas três últimas atividades profissionais remuneradas.
	Desde	Até	

--	--	--	--

FONTE FINANCIADORA DE SEUS ESTUDOS

- Possuo bolsa de estudo concedida (ou a ser concedida) pelo(a) _____
- Mantereí vínculo empregatício durante o curso, percebendo meus vencimentos.
- Mantereí vínculo empregatício durante o curso, sem perceber meus vencimentos.
- Possuo emprego, mas dependerei de bolsa do curso. Meu último salário foi de _____
- Não possuo emprego ou bolsa e desejo candidatar-me a uma bolsa do curso.

Obs.: A seleção não implica compromisso de bolsa por parte do curso.
O candidato estrangeiro deverá comprovar os meios que disporá para financiar seus estudos.

CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO

(Para candidatos que manterão vínculo empregatício)

Assinatura do representante legal (diretor ou superior hierárquico competente), manifestando sua concordância quanto à apresentação desta inscrição e ciência da necessidade de disponibilidade do candidato, caso aprovado, em se dedicar às atividades do curso.

DATA

CARGO/FUNÇÃO

ASSINATURA/CARIMBO

DECLARAÇÃO

DECLARO que este pedido contém informações completas e exatas, que aceito o sistema e os critérios adotados pela Instituição para avaliá-lo e que, em caso de cursar disciplinas de pós-graduação nesta Universidade, me comprometo a cumprir fielmente seus regulamentos e os do curso no qual pleiteio minha admissão.

LOCAL

DATA

ASSINATURA DO CANDIDATO

ENDEREÇO PARA ENVIO DAS INSCRIÇÕES

Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Ciências Florestais – PPGCIFLOR

Módulo de Pós-Graduação *Stricto Sensu*, Sala 04.

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB

Estrada do Bem Querer, Km 04, Caixa Postal 95

Vitória da Conquista – Bahia

CEP 45031-900

