|  |
| --- |
| **FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO – 2025/1** |

|  |
| --- |
| **CURSO** |
| ( ) MESTRADO ( ) DOUTORADO |

|  |
| --- |
| **NECESSIDADES ESPECIAIS** |
| ( ) NÃO | ( ) SIM |
| Explicite neste campo a razão/deficiência que justifica a solicitação de condição especial. |

|  |
| --- |
| **AÇÕES AFIRMATIVAS** |
| ( ) SIM | ( ) NÃO |
| [ ] Grupo 1 – pretos/as. Pardos/as e quilombolas.[ ] Grupo 2 – indígenas.[ ] Grupo 3 – pessoas trans. |

|  |
| --- |
| **1 IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO** |
| Nome completo:  |
| Data de nascimento:  | Naturalidade (Cidade/Estado):  | Nacionalidade:  |
| Sexo ( ) M ( ) F | Raça: Branca | Estado Civil:  |
| RG:  | CPF:  | N° Título de eleitor:  |
| N° Certificado de reservista: | Naturalizado (ESTRANGEIRO)( ) SIM ( ) NÃO | N° Passaporte(só p/ estrangeiro): |
| Endereço:  |
| Bairro:  | Cidade:  |
| Estado:  | CEP:  |
| TelefoneDDD:  | Celular pessoal:  | Residencial: |
| E-mail (letras minúsculas):  |

|  |
| --- |
| **2 FORMAÇÃO ACADÊMICA – GRADUAÇÃO** |
| Nome da Instituição:  | ( ) Pública ( ) Privada |
| Graduado em (Curso):  | Conclusão (mês/ano):  |
| Cidade:  | Estado:  |

|  |
| --- |
| **3 FORMAÇÃO ACADÊMICA – MESTRADO** |
| Nome da Instituição: | ( ) Pública ( ) Privada |
| Mestrado em: | Conclusão (mês/ano): |
| Nome do orientador(a): |
| Título da dissertação: |
| Cidade: | Estado: |

|  |
| --- |
| **4 ATIVIDADE PROFISSIONAL e/ou ACADÊMICA ATUAL** |
| Nome da Instituição/Empresa: | ( ) Pública ( ) Privada |
| Cargo: | Manterá vínculo empregatício?( ) SIM ( ) NÃO |
| Endereço completo: |
|  |  |
| Telefone (DDD/número): |  |
|  |  |
| E-mail (letras minúsculas): |  |

|  |
| --- |
| **5 ÁREA DE INTERESSE PRETENDIDA (De acordo com a área do provável orientador/ver no edital)** |
| ( ) Clínica Médica e Cirúrgica dos Animais Domésticos e Silvestres | ( ) Sanidade animal |
| Sugestão do provável orientador, considerando a linha de atuação: Valéria Régia Franco Sousa |
| Justificativa do interesse pelo curso:  |

|  |
| --- |
| **6 FONTE FINANCIADORA DE SEUS ESTUDOS (somente para candidatos brasileiros)** |
| a) Dispõe de bolsa de estudo? | ( ) SIM ( ) NÃO  | Por qual Instituição? |
| b) Não possuo emprego ou bolsa e desejo candidatar-me a uma bolsa de curso | ( ) SIM ( ) NÃO |
| ***OBS.: A SELEÇÃO NÃO IMPLICA EM COMPROMISSO DE CONCESSÃO DE BOLSA POR PARTE DO PPGVET*** |

|  |
| --- |
| **7 DECLARAÇÃO** |
| Declaro que as informações são completas e exatas, e que concordo com os critérios adotados por este Programa de Pós-graduação para a avaliação e, sendo aprovado, comprometo-me a cumprir a carga horária para a integralização curricular, de acordo com o Regimento Interno do PPGVET, dentro do prazo máximo de 24 meses para o Mestrado e 48 meses para o doutorado. Estou ciente que o programa não garante bolsa de estudo, e em caso de disponibilidade e concessão de bolsa de estudo (quota do curso) da CAPES, FAPEMAT ou CNPq, conforme as normas para a concessão e manutenção de bolsas das respectivas agências financiadoras. |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura do candidato | Cuiabá, \_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. |