|  |
| --- |
| **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: | |
| Telefone  DDD: | 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. |