



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA, TECNOLOGIA E SOCIEDADE
Via Washington Luís, Km. 235 - Caixa Postal 676
13565-905 - São Carlos - SP - Brasil
Fone: (16) 3351-8417
e-mail: ppgcts@ufscar.br http://www.ppgcts.ufscar.br

Uso da Secretaria

Inscr. No _____

Código: _____

Recebido por: _____

Data: ____/____/____

FICHA DE INSCRIÇÃO PARA EXAME DE SELEÇÃO - 2010

MESTRADO EM CIÊNCIA, TECNOLOGIA E SOCIEDADE

Foto 3X4

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Filiação: Pai: _____

Mãe: _____

Data de nascimento: _____ Cidade-UF: _____

Estado Civil: _____ Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐

RG: _____ Data _____ Órgão Exp.: _____ CIC: _____

ENDEREÇO RESIDENCIAL

Rua/Av.: _____

Cidade-UF: _____ CEP: _____

Fone: _____ e-mail: _____

FORMAÇÃO ACADÊMICA

Nível	Nome do Curso	Ano de Conclusão	Instituição
Graduação			
Mestrado			
Especialização			
Outros			

ATIVIDADE(S) PROFISSIONAL(AIS) ATUAL(AIS)

Instituição/Empresa: _____

Endereço: _____ Cidade-UF: _____

Fone: _____

Cargo/Função: _____

Regime de Trabalho: Integral ☐ Parcial ☐ Nº Horas/Semana: _____

Instituição/Empresa: _____

Endereço: _____ Cidade-UF: _____

Fone: _____

Cargo/Função: _____

Regime de Trabalho: Integral ☐ Parcial ☐ Nº Horas/Semana: _____

DISPONIBILIDADE PARA CURSAR O PROGRAMA

1. Manterá vínculo de trabalho durante o curso?

Não ☐ Sim ☐

2. Se tiver o vínculo, obterá licença para cursar o programa?

Não ☐ Sim ☐ Com remuneração? ☐

Sem remuneração? ☐

3. Pretende candidatar-se a Bolsa de Estudos para realizar o curso?

Não ☐ Sim ☐ Junto à Instituição de origem (PICD) ☐

Junto à UFSCar (CAPES ou CNPq) ☐

Outra Agência? ☐ Qual? _____

4. Pretende morar em São Carlos?

Não ☐ Sim ☐

INTERESSE NO PROGRAMA

Linha de Pesquisa: _____

Orientador(a): 1ª Opção: _____

2ª Opção: _____

OBS.: - A indicação da Linha de Pesquisa é obrigatória.

- A indicação de possíveis orientadores é opcional. Quando apresentadas duas opções para Orientador(a), ambas deverão ser da Linha de Pesquisa indicada.

BOLSAS RECEBIDAS

Instituição	Tipo	Agência	Período

_____, ____ de _____ de _____.
(Local e Data)

ASSINATURA DO(A) CANDIDATO(A)