Cole aqui sua foto 3x4

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nível:** |  | **Banca/Setor (marque apenas um)** | |  | Nº de Inscrição |
| **Doutorado** | **Antiga**  **Medieval**  **Moderna** | **Contemporânea I**  **Contemporânea II**  **Contemporânea III** |  |
|
|

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome Completo:** | **CPF:** |
|  | **.   .   -** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Documentos** | | | | |
| **Carteira de identidade** | | **Passaporte (apenas estrangeiros)** | | |
| Nº: | Local de Emissão: UF | | Órgão Emissor: | Data da Emissão:   /  / |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Contato** | | | |
| **Telefone:** (   )    - | **Telefone:** (   )    - | | **Celular:** (   )    - |
| **E-mail:**      @ | | **⇦ Preenchimento obrigatório – Apenas 1** | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Dados Pessoais** | |
| Pai: | |
| Mãe: | |
| Data de Nascimento:   /  / | Estado Civil: |
| Naturalidade: | Nacionalidade: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Endereço Completo** | | | |
| Endereço: | | | |
| Bairro: | Cidade: | UF: UF | CEP:      - |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Formação** | | | |
| **Nível/Habilitação** | **Nome do curso** | **Instituição** | **Período** |
| Bacharelado |  |  | - |
| Licenciatura |  |  | - |
| Especialização |  |  | - |
| Mestrado |  |  | - |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Língua Estrangeira (Doutorado Marque Duas Línguas)** | | |
| Inglês | prova  certificado  aprovação em líng. estrang. em ppg no país | (PPG = Programa de Pós-Graduação) |
| Francês | prova  certificado  aprovação em líng. estrang. em ppg no país |
| Espanhol | prova  certificado  aprovação em líng. estrang. em ppg no país |
|  | certificado em anexo (apenas em casos justificados academicamente) | |
|  | certificado em anexo (apenas em casos justificados academicamente) | |
| **Se Estrangeiro Indique Língua Materna:**       Prova de português obrigatória para estrangeiros | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Atividade Profissional/ Solicitação de Bolsa de estudo** | | | |
| **Docente URCA** | **Docente/Pesquisador Outra Inst. do Estado do Ceará** | | |
| **Nome da Instituição:** | | |
| **Local de Trabalho:** | | | **Regime:**  **Parcial**  **Integral** |
| Pretende continuar nesta atividade? sim não | |  | |
| Professor: Virá com Bolsa PICDT/CAPES de sua Instituição? sim não | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Título do Projeto:** | **Nº de Páginas:** |

Declaro, para os devidos fins, que tomei conhecimento das condições estabelecidas no EDITAL do Concurso de seleção estando de acordo com as mesmas.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Local: | Data:   /  / | Assinatura |  |