**FICHA DE INSCRIÇÃO**

**PROCESSO DE SELEÇÃO STRICTO SENSU**

**MESTRADO [ ] DOUTORADO [ ]**

|  |  |
| --- | --- |
| **Número de Inscrição** (preenchido pela Secretaria) | **Data de Inscrição** |
|  | **/ /** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome Completo** | |
|  | |
| **Email** | **Telefone de contato** |
|  | **Residencial:**  **Celular:** |

**ASSINALE PARA QUAL MODALIDADE DE VAGA VOCÊ IRÁ CONCORRER (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)**

( ) Vagas de ampla concorrência

( ) Vagas reservadas para autodeclarados negros

**ASSINALE A LINHA DE PESQUISA NA QUAL SERÁ DESENVOLVIDO SEU PROJETO (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)**

( ) Avaliação do Desenvolvimento e do Desempenho Infantil

( ) Desempenho Cardiorespiratório

( ) Estudos do Desempenho Motor e Funcional Humano

( ) Estudos em Reabilitação Neurológica no Adulto

( ) Saúde e Reabilitação no Idoso

**INFORMAÇÕES PESSOAIS**

**NASCIMENTO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Data | Cidade | Estado | Pais |
|  |  |  |  |

**FILIAÇÃO**

|  |  |
| --- | --- |
| Pai | Mãe |
|  |  |

**ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rua | | Número/complemento |
|  | |  |
| Bairro | Cidade | Estado /Pais |
|  |  |  |

**DOCUMENTAÇÃO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| RG | Data Expedição | Orgão expedidor | CPF |
|  |  |  |  |
| Titulo Eleitoral | Zona | Seção | Município/Estado |
|  |  |  |  |
| Documento Militar | Número | Série |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | **GRADUAÇÃO** | | | |  |
|  | Instituição | Faculdade/Escola | |  | Período | |  | Curso: Habilitação ou |
|  |  |  |  |  |  |  |  | Ênfase |
|  |  |  |  |  | **De** | **Até** |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  | **CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO** | | | | |  |
|  | Instituição | Faculdade/Escola | |  | Período | |  | Curso: Habilitação ou |
|  |  |  |  |  |  |  |  | Ênfase |
|  |  |  |  |  | De | Até |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**D E C L A R A Ç Ã O**

Declaro que as informações contidas na Ficha de Cadastramento dos Candidatos ao Mestrado/Doutorado em Ciências da Reabilitação expressam a verdade, assim como declaro ter condições de arcar com os custos das Taxas acadêmicas do Curso, caso não contemplado com uma Bolsa de Estudo.

Acrescento ainda, que estou ciente das normas estabelecidas para realização do Exame de Seleção e que o prazo máximo para a formação da defesa de dissertação é de 24 (vinte e quatro) meses e tese é de 48 (quarenta e oito) meses.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do (a) Candidato (a)

Local e data: Belo Horizonte, \_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO** | | |  | **Nº INSCRIÇÃO** |
|  | COMPROVANTE DO CANDIDATO – PROCESSO SELETIVO STRICTO SENSU | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Nome do Candidato: | |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  | Assinatura do responsável pela inscrição: | |  |
| Data. |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |