

CADASTRO DISCENTE

DADOS PESSOAIS

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Naturalidade: _____

Identidade: _____ Órgão Expedidor: _____ Data de Expedição: ____/____/____

CPF/Passaporte: _____ Nacionalidade: _____

Somente para servidores na FUB: a) Matrícula na FUB: _____

b) Centro de Custo de lotação na UnB: _____

Endereço Residencial: _____

Cidade: _____ CEP: _____ - _____

Telefone Residencial: (____) _____

Telefone Comercial: (____) _____ FAX: (____) _____

Telefone Celular: (____) _____ e-mail: _____

FORMAÇÃO ACADÊMICA

Graduação

Curso: _____

Instituição: _____

País: _____ Mês e ano de conclusão: _____

Titulação Máxima

() Especialização () Mestrado () Doutorado

Área de Conhecimento: _____

Instituição: _____

País: _____ Mês e ano de conclusão: _____

Docente: () Livre Docente () Pós-Doutorado

ATIVIDADES ATUAIS

Vínculo com Instituições de Ensino Superior:

Tipo de Vínculo: () empregatício () sem vínculo empregatício () outros

Cargos/Funções/Posições: _____

Instituição: _____

() De ensino e pesquisa () pública ou estatal () privada

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____ - _____

Telefone: (____) _____ FAX: (____) _____

Outras Instituições/Empresas

Tipo de Vínculo: () empregatício () sem vínculo empregatício () outros

Cargos/Funções/Posições: _____

Instituição: _____

() De ensino e pesquisa () pública ou estatal () privada

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____ - _____

Telefone: (____) _____ FAX: (____) _____

SOLICITAÇÃO

Eu, _____, tendo sido aprovado(a) no último processo seletivo regido por edital do Programa PGCTS/FCE/UnB, para o curso () mestrado () doutorado, solicito o meu registro como aluno(a) regular.

QUESTIONÁRIO DE DEMANDA SOCIAL

Deseja receber bolsa pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde?

() Sim () Não

Quantas horas irá se dedicar ao Programa por semana em horário comercial (máximo 8 horas/dia)?
_____ horas.

Possui vínculo empregatício?

() Sim () Não

Em _____/_____/_____ _____