

Formulário de Inscrição Mestrado e Doutorado

1. Documentos requeridos (numerados e encadernados)

- 1.1 Formulário de inscrição devidamente preenchido;
- 1.2 Cópia xerox do Diploma de Graduação ou documento equivalente, (**duas vias**);
- 1.3 Cópia xerox do Histórico Escolar;
- 1.4 *Curriculum vitae*, incluindo *identificação, formação acadêmica, experiência profissional, trabalhos publicados, outras atividades técnico-científicas (devidamente comprovado)*;
- 1.5 Cópia xerox dos seguintes documentos pessoais: CPF(**duas vias**), *carteira de identidade (duas vias)*, *título de eleitor (duas vias)*, *certificado militar (duas vias)*, *certidão de nascimento ou certidão de casamento, comprovante de endereço (duas vias)*, *passaporte e carteira de identidade estrangeira, se estrangeiro (duas vias)*;
- 1.6 Duas fotografias 3x4, recentes;
- 1.7 Quatro cópias do anteprojeto de tese (**SOMENTE PARA DOUTORADO**), incluindo *Título, Justificativa, Hipótese(s), Objetivo(s), Material e Métodos, Referências Bibliográficas, estimativa de custos, cronograma de execução*;
- 1.8 Documento oficial do empregador, liberando o candidato para o curso, se aprovado;
- 1.9 Prova de proficiência em inglês (para Doutorado e Mestrado), comprovada pela apresentação de cópia dos testes credenciados pelo Colegiado anualmente;
- 1.10 Cópia de inscrição no Conselho Profissional.

AS INSCRIÇÕES SERÃO FEITAS, VIA SEDEX, ENDEREÇADA AO COLEGIADO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO, CAIXA POSTAL 567, CEP 31270-901, BELO HORIZONTE, MG. SÓ SERÃO ACEITAS AS CORRESPONDÊNCIAS POSTADAS ATÉ O ÚLTIMO DIA DAS INSCRIÇÕES, COM DOCUMENTAÇÃO COMPLETA. NÃO SERÁ ACEITA COMPLEMENTAÇÃO DA MESMA FORA DO PRAZO. FAVOR INDICAR, NO ENVELOPE, CURSO E ÁREA PRETENDIDOS E POSSÍVEL ORIENTADOR.

2. Identificação:

Nome completo:

CPF:

Endereço: Rua/Av.

CEP:

Bairro:

Cidade:

UF:

Fone:

Celular:

e-mail:

Nascimento: ___/___/___

Sexo:

Estado Civil:

N.º dependentes:

Nacionalidade:

Naturalidade:

Filiação: Pai:

Mãe:

Carteira de identidade:

Identidade profissional:

Título de eleitor: N.º

Zona:

Seção:

Certificado militar: N.º

Região:

Circunscrição:

Categoria:

3. Curso de interesse: *Marque apenas um campo para o curso e a área de concentração de sua escolha* **Mestrado em Ciência Animal** Epidemiologia Medicina e Cirurgia Veterinárias Medicina Veterinária Preventiva Patologia Animal Reprodução Animal Tecnologia e Inspeção de Produtos de Origem Animal **Doutorado em Ciência Animal** Medicina Veterinária Preventiva Medicina e Cirurgia Veterinárias Patologia Animal Epidemiologia Reprodução Animal

(a) descreva suas atividades atuais:

(b) indique as razões pela escolha do Curso e da área de concentração:

(c) indique a linha de pesquisa na qual trabalha ou gostaria de trabalhar:

(d) indique o uso prático do curso para o desempenho de suas atividades profissionais:

(e) indique os possíveis orientadores.

4. Dados Acadêmicos:

Graduação/Curso: _____ Ano de conclusão: _____

Instituição: _____

Endereço: Rua/Av. _____

CEP: _____ Cidade: _____ UF: _____

Pós-Graduação/Curso: _____ Ano de conclusão: _____

Instituição: _____

Endereço: Rua/Av. _____

CEP: _____ Cidade: _____ UF: _____

Proficiência em inglês: fala lê escreve Outra(s) língua(s) _____

5. Dados Profissionais:

Empregador: _____

Cargo/Função: _____

Endereço: Rua/Av. _____

CEP: _____ Cidade: _____ UF: _____

Chefe imediato: _____

Fone: _____

Será liberado para o curso? Sim Não

Será liberado com ônus? Sim Não

Observação: Anexar documento oficial de liberação do empregador

6. Suporte financeiro durante o período do curso: (Obs.: o ingresso no curso não garante concessão de bolsa)

Disponará de recursos para financiar suas despesas durante o curso?

Sim Não

Próprios Outros (especificar) _____

Dispõe de bolsa de estudos? Sim Não

Disponará de recursos para pesquisa? Sim (especificar) _____ Não

7. Informações complementares:

Notificar em caso de emergência:

Endereço: Rua/Av.

CEP:

Cidade:

UF:

Fone:

8. Declaração:

Certifico que as informações aqui prestadas são verdadeiras e comprometo-me a comunicar ao Colegiado, imediatamente, qualquer alteração das mesmas.

Local e data:

Assinatura: Rubrica:

OBS: Só serão aceitas as correspondências postadas até o último dia das inscrições.

Endereço para envio de correspondência:

Escola de Veterinária da UFMG

Colegiado dos Cursos de Pós-Graduação em Ciência Animal

Av. Antônio Carlos, 6627 - Caixa Postal 567

CEP 31270-901 - Belo Horizonte, MG

Fone:(0XX) 31 3409 2056/2057 Fax: 3409 2059