**ORIENTAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO**

1. Preencher todos os campos do formulário ainda no programa WORD, com exceção dos campos “assinatura do(a) candidato(a)” e “assinatura do(a) supervisor(a)”.
2. Após o preenchimento deverá salvar o formulário no formato PDF, incluir a assinatura do(a) candidato(a) e enviar para o(a) supervisor(a) incluir a sua assinatura.
3. Assim que estiver com as devidas assinaturas, o(a) candidato(a) deve enviar a ficha com os demais documentos.

**https://lh5.googleusercontent.com/RjcAncrdnunA8OIQ86ObNp4VAwou9cZURsk_zzcBmhSXN9WPlGxh-ZwOICeajMxyYSmH3gSDlXtnQ89sAtEdHXEHPcBnAKUuJUO-XJ6QQ9jukPAYIXpZKLuZfNAp_1TX1z1Xi-EOBS.:** Para incluir assinatura no formulário é necessário clicar no ícone caneta pelo editor de pdf.

|  |  |
| --- | --- |
| C:\Users\Positivo\Documents\Downloads\Logo Biofísica 2 - Formato PNG-01.png**PROFESSOR COLABORADOR AFILIADO**  Foto 3x4 | |
| DADOS PRINCIPAIS: | |
| **PROCESSO (SEI) Nº:** | |
| **DADOS PESSOAIS:** | |
| **Nome completo:** | |
| **Nome do Pai:** | |
| **Nome da Mãe**: | |
| **Data de nascimento:** **Estado civil:** | |
| **Cor:** **Sexo:** | |
| **Nacionalidade:** | |
| **Naturalidade:** **Estado:** | |
| **Se estrangeiro, país de origem:** **Ano de chegada ao Brasil:** | |
| **Tipo sanguíneo:** **Fator RH:** | |
| **Possui deficiência?** **Caso Afirmativo, qual?** | |
| **E-MAIL:** | |
| **E-mail (institucional @biof.ufrj.br):** | |
| **E-mail (particular):** | |
| **ENDEREÇO:** | |
| **Logradouro:** | | |
| **Nº:** **Complemento:** | | |
| **Bairro:** | **Município:** | |
| Estado: | **CEP:** | |
| **Telefone Residencial com DDD:** | **Telefone Celular com DDD:** | |
| **DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO:** | |
| **CPF (somente números):** | |
| **Carteira de identidade Nº:** **Órgão emissor:**  **Data da emissão:** **Estado:** | |
| **Título eleitoral Nº:** **Seção: Zona:**    **Município / UF: Data da emissão:** | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CERTIFICADO MILITAR:** | | |
| **Situação:**  **Nº: Categoria:**    **Órgão:** **Estado (UF):** | | |
| **SE ESTRANGEIRO, PREENCHER:** | | |
| **Número do Passaporte:** | **Data da expedição:** | |
| **Órgão expedidor:** | **Número do visto:** | |
| **Tipo do Visto:** | **Duração do visto:** | |
| **CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO** | | |
| **Nome do Programa de Doutorado:** | | |
| **Universidade:** **Estado (UF):** | | |
| **Início do curso: Data da defesa:** | | |
| **SOBRE BOLSA DE PÓS-DOUTORADO:** | | |
| **Já foi bolsista?** **Qual a agência?** | | |
| **Período:** | | |
| **É bolsista?** **Qual a agência?** | | |
| **Período:** | | |
| **SOBRE VÍNCULO:** | | |
| **Possui atividade remunerada pública ou privada?** | | |
| **Onde?** | | |
| **DADOS DO SUPERVISOR:** | | |
| **Nome completo:** | | |
| **E-mail:** | | |
| **CPF:** | | |
| **TÍTULO PROJETO:** | | |
|  | | |

**Data:**

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

Assinatura do(a) candidato(a) Assinatura do(a) supervisor(a)