|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FICHA DE MATRÍCULA ALUNO REGULAR** | | | | | | | | | | | | | | |
| **MATRÍCULA :** | | | | | | | | **\_\_\_\_\_\_\_ SEMESTRE /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | |
| **PROGRAMA:** | | | | | | | | | | | **Nível:**  **Mestrado ( ) Doutorado ( )** | | | |
| **LINHA DE PESQUISA:** | | | | | | | | | | | | | | |
| **IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO** | | | | | | | | | | | | | | |
| **NOME COMPLETO:** | | | | | | | | | | | | | | |
| **CPF:** | | | **DATA DE NASCIMENTO:** | | **NATURALIDADE:** | | | | | | | | | |
| **IDENTIDADE:** | | | **ÓRGÃO EMISSOR:** | | | | | | | **UF:** | | | **DATA DE EMISSÃO:** | |
| **NACIONALIDADE:** | | | **VISTO PERMANENTE:**  **( ) Sim ( ) Não** | | | | | | | **SEXO:**  **( ) Masculino ( ) Feminino** | | | | **ESTADO CIVIL:** |
| **DECLARAÇÃO DE RAÇA/COR: ( ) BRANCA ( ) PRETA ( ) PARDA ( ) AMARELA ( ) INDÍGENA** | | | | | | | | | **PORTADOR DE DEFICIÊNCIA:**  **( ) Sim ( ) Não** | | | | | |
| **ENDEREÇO RESIDENCIAL (Rua/Av.):** | | | | | | | | | | | | | | |
| **BAIRRO:** | | | | | | **CEP:** | | | | | | **CIDADE:** | | |
| **UF:** | | **PAÍS:** | | | | **E-MAIL:** | | | | | | | | |
| **TELEFONE CELULAR: ( )** | | | | **TELEFONE RESIDENCIAL: ( )** | | | | | | | | **TELEFONE COMERCIAL: ( )** | | |
| **POSSUI VÍNCULO EMPREGATÍCIO: ( ) SIM ( ) NÃO** | | | | **INSTITUIÇÃO/EMPRESA:** | | | | | | | | | | |
| **DATA DE ADMISSÃO:** | | | | **RENDIMENTO:** | | | | | | | | **PROFESSOR SUBSTITUTO: ( ) SIM ( ) NÃO** | | |
| **NA FAMÍLIA: QUANTAS PESSOAS?** | | | | | | | **RENDA FAMILIAR: R$** | | | | | | | |
| **FORMAÇÃO ACADÊMICA** | | | | | | | | | | | | | | |
| **G**  **R**  **A**  **D**  **U**  **A**  **Ç**  **A**  **O** | **NOME DO CURSO:** | | | | | | | | | | | | **ANO DE CONCLUSÃO:** | |
| **INSTITUIÇÃO:** | | | | | | | | | | | | | |
| **CIDADE:** | | | | | **UF:** | | | | | | | **PAÍS:** | |
| **M**  **E**  **S**  **T**  **R**  **A**  **D**  **O** | **NOME DO CURSO:** | | | | | | | | | | | | **ANO DE CONCLUSÃO:** | |
| **INSTITUIÇÃO:** | | | | | | | | | | | | | |
| **CIDADE:** | | | | | **UF:** | | | | | | | **PAÍS:** | |
| **DECLARAÇÃO** | | | | | | | | | | | | | | |
| Declaro aceitar as disposições expressas no Regulamento Interno do PPG em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, assumindo a responsabilidade, de qualquer espécie, pela autenticidade dos documentos entregues e informações prestadas no ato da matrícula neste estabelecimento, conforme legislação vigente.  Rio Verde, \_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do Pós-graduando | | | | | | | | | | | | | | |
| **ACEITE DO ORIENTADOR** | | | | | | | | | | | | | | |
| Eu, ­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ declaro para os fins que se fizerem necessários, que me disponho a orientar o pós-graduando (a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, aprovado (a) no Processo de Seleção \_\_\_\_\_/ 20\_\_\_\_\_, do PPG em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Rio Verde, \_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do Professor | | | | | | | | | | | | | | |