Universidade Federal de São Carlos

Programa de Pós-Graduação em Matemática

Rodovia Washington Luiz, Km 235, CEP 13565-905 São Carlos-SP
Tel: +55-(16)-3351-8218
http://www.dm.ufscar.br/ppgm/

ANEXO I

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO

1. DADOS PESSOAIS

Nome completo:

Data de nascimento: Local de nascimento: Nacionalidade:

CPF: RG: Expedido em: Órgão:

Passaporte (se estrangeiro): Data de validade:

2. ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Rua: nº:

Complemento: Bairro: CEP:

Cidade: Estado: País:

E-mails*:

Telefone:

*Por favor, indicar dois e-mails

3. FORMAÇÃO UNIVERSITÁRIA

INSTITUIÇÃO Informe também a cidade ou estado	**CURSO** Licenciatura, Bacharelado ou Mestrado	**Área de Concentração**	**GRAU** Conclusão (ou data prevista)

4. SOLICITA INSCRIÇÃO PARA PÓS-GRADUAÇÃO EM MATEMÁTICA:

Mestrado ( ) Doutorado ( )

Tem vínculo empregatício: Sim ( ) Não ( ) **Cargo:** **Instituição:**

Possui bolsa de estudos: Sim ( ) Não ( ) **Tipo:** **Órgão Financiador:**

Foi Medalhista OBMEP: Sim ( ) Não ( )

Solicita bolsa: Sim ( ) Não ( )

5. REFERÊNCIAS ACADÊMICAS

Indique duas pessoas, de preferência professores, que possam dar informações sobre sua formação acadêmica.

Nome do Professor/E-mail	**Instituição**	**Posição**

6. RESTRIÇÕES DE MEMBROS DA COMISSÃO

Indique nomes dos possíveis membros da comissão, de acordo com o item 3.4 e Anexo V do Edital detalhando a relação:

Li e estou de acordo com o Edital 01/2019 – PPGM/UFSCar

Local: **Data:**

Assinatura: