UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
Programa de Pós-Graduação em Matemática – PPGM

Via Washington Luiz, Km 235 – C .P . 676 - CEP 13.565-905
São Carlos – SP – Brasil Tel./Fax: (16) 3351-8218
verao@dm.ufscar.br
www.dm.ufscar.br/verao

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO – CURSO DE VERÃO

1. DADOS PESSOAIS

Nome completo:

Data de nascimento: Local de nascimento: Nacionalidade:

CPF: RG: Expedida em: Órgão Expedidor:

Passaporte (se estrangeiro): Data de validade:

2. ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Rua: nº:

Complemento: Bairro: CEP:

Cidade: Estado: País:

E-mail: Telefone:

3. SOLICITA INSCRIÇÃO PARA O CURSO DE VERÃO NO NÍVEL DE:

Iniciação Científica ( ) Mestrado ( )
Doutorado ( ) Disciplina: Teoria da Medida ( ) Geometria Algébrica ( )
Solicita auxílio financeiro: Sim( ) Não( )

A todo solicitante de auxílio financeiro é requerida apresentação de trabalho, sob forma de pôster (nível de iniciação científica ou pos-graduação), na Semana de Iniciação Científica do Programa de Verão.
Título do Pôster:

4. FORMAÇÃO UNIVERSITÁRIA

INSTITUIÇÃO Informe também a cidade ou estado	**CURSO** Licenciatura ou Bacharelado ou Mestrado	**ÁREA**	**GRAU** Conclusão (ou data prevista)

5. CARTAS DE RECOMENDAÇÃO

Duas cartas de recomendação, seguindo o modelo do site, deverão ser enviadas ao PPGM-UFSCar.
Preferencialmente de professores que orientaram o candidato em algum trabalho ou projeto. Providencie os dados de tais professores.

Nome do Professor	**Instituição**	**Posição**

6. HISTÓRICO ACADÊMICO

Indique trabalhos e/ou estágios tais como monitorias, iniciação científica, medalhas da **OBM** ou **OBMEP**, ou outros projetos dos quais tenha participado, e que julgue relevantes para sua aceitação na inscrição solicitada.

Instituição	**Projeto**	**Prof. Responsável**	**Órgão financiador**	**Período** (mm/aa - mm/aa)

7. EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

Instituição ou Empresa	Função	**Período** (mm/aa - mm/aa)

8. FORMAÇÃO ANTERIOR

Se você já cursou disciplinas no nível de Mestrado ou Doutorado, informe os dados solicitados abaixo, preenchendo o campo período no formato verão/ano ou semestre I/ano ou semestre II/ano.

Disciplina	Instituição	Professor	Conceito	**Período** (mm/aa - mm/aa)

9. OUTRAS INFORMAÇÕES

Comente sobre as áreas e/ou disciplinas de sua preferência em Matemática.

Indique, se souber, os nomes dos possíveis orientadores de sua Dissertação/Tese.

Indique abaixo, se houver, outras informações que achar pertinentes.

10. DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA

Os candidatos deverão **OBRIGATORIAMENTE** anexar à sua inscrição os seguintes documentos listados abaixo. Inscrições com documentação ou preenchimento incompleto serão desconsideradas.

1. Históricos Escolares completos de Graduação e Pós-Graduação (se houver) no qual constem as eventuais reprovações e trancamento de matrículas do candidato. (“Histórico sujo”)

2. Os candidatos brasileiros deverão também encaminhar fotocopia do CPF, RG e manter o Currículo Lattes atualizado. Os candidatos estrangeiros deverão encaminhar uma súmula curricular e fotocopia dos dados do Passaporte.

As cartas de Recomendação deverão ser enviadas diretamente pelo professor. (Ver modelo no site do Verão)

Local: **Data:**

Assinatura:

Enviar para: verao@dm.ufscar.br
ou para: **Programa de Pós-Graduação em Matemática**
Departamento de Matemática - UFSCar
Caixa Postal 676 CEP: 13.565-905 – São Carlos – SP – Brasil