|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **hex10** | **Imagem relacionadaUNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ**  **Departamento de Farmácia**  **Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas** |  |

|  |
| --- |
| **FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO PARA SELEÇÃO DE MESTRADO** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Linha de Pesquisa** | **( ) Farmacologia** | **( ) Fitoquímica** | **( ) Microbiologia** | **( ) Tecnologia/Biotecnologia** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Nome Completo | | | | | | | | | | | | | | | |
| Foto | End. Residencial | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Cidade | | | | CEP | | | | UF | | | Celular | | | | |
| Data de Nascimento | | | Estado Civil | | | Sexo | | | | | E-mail | | | | | |
| CPF | | | Identidade | | | | | | Órgão Emissor | | | | | | UF | Data de Emissão |
| Título de Eleitor | | | Zona | | | Seção | | | | | | | | Nº Reservista | | |
| Graduação: | | | | | | | | | | | | | Instituição | | | |
| Pós-Graduação: | | | | | | | | | | | | | Instituição | | | |
| **ATIVIDADE PROFISSIONAL ATUAL** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Instituição/Empresa (em que trabalha atualmente) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Telefone | | Cidade | | | | | UF | | | E-mail | | | | | | |
| Cargo | | | | Data da Admissão | | | | Manterá vínculo empregatício? ( ) Sim ( ) Não | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES** | | |
| LINHA DE PESQUISA PRETENDIDA: | | |
|  | Provável professor orientador | Assinatura |
|  |  |  |
| **DEDICAÇÃO AO CURSO** | | |
| Integral ( 40 horas semanais ) Parcial ( 20 horas semanais) Outro ( nº de horas semanais )  Justificativa: | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DECLARAÇÃO** | | |
| Declaro que informações contidas neste formulárioestão exatas e aceito o sistema e os critérios adotados pela Instituição para avaliarme e que, em caso de aprovado para cursar o Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas nesta Universidade, me comprometo a cumprir fielmente seus regulamentos. | | |
| Maringá (PR), / / |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do candidato |