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

|  |
| --- |
| **FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO DE MESTRADO** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Área de****Seleção** | **( ) 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 |