**ANEXO I DO EDITAL Nº 188/2021**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA**  **PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FLORESTAIS**  Telefone/FAX: (77) 3424 8781 - E-mail: ppgciflor.inscricoes@uesb.edu.br | | | | | | | | | | | | | |
| **FICHA DE INSCRIÇÃO** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| **IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **NOME COMPLETO:** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CPF:** | | | | **IDENTIDADE:** | | | | **ÓRGÃO EMISSOR:** | | **UF:** | | **DATA DE EMISSÃO:** | | | | |
| **DATA DE NASCIMENTO:** | | | **NATURALIDADE:** | | | **UF:** | | **NACIONALIDADE:** | **VISTO PERMANENTE:**  **( ) Sim ( ) Não** | | | | | **SEXO:**  **( ) Masc. ( ) Fem.** | | |
| **ENDEREÇO RESIDENCIAL (Rua/Av.):** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **BAIRRO:** | | | | | | | **CEP:** | | **CIDADE:** | | | | | | | |
| **UF:** | **PAÍS:** | | | | **E-MAIL:** | | | | | | **DDD:** | | **TEL:** | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMAÇÃO ACADÊMICA** | | | | | |
| **G**  **R**  **A**  **D**  **U**  **A**  **Ç**  **Ã**  **O** | **NOME DO CURSO:** | | | **ANO DE CONCLUSÃO:** | |
| **INSTITUIÇÃO:** | | | | |
| **PAÍS:** | **CIDADE:** | | | **UF:** |
| **P**  **Ó**  **S**  **G**  **R**  **A**  **D**  **U**  **A**  **Ç**  **Ã**  **O** | **NOME DO CURSO:** | | **NÍVEL:** | **ANO DE CONCLUSÃO:** | |
| **INSTITUIÇÃO:** | | | | |
| **PAÍS:** | **CIDADE:** | | | **UF:** |
| **NOME DO CURSO:** | | **NÍVEL:** | **ANO DE CONCLUSÃO:** | |
| **INSTITUIÇÃO:** | | | | |
| **PAÍS:** | **CIDADE:** | | | **UF:** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ATUAÇÃO PROFISSIONAL E LOCAL DE TRABALHO | | | |
|  | **Período** | | **Tipo de atividade (docência, pesquisa, extensão, promoção e atividade particular). Indique cronologicamente, começando pela mais recente, suas três últimas atividades profissionais remuneradas.** |
| **Instituição** | **Desde** | **Até** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| ( ) Possuo bolsa de estudo concedida (ou a ser concedida) pelo(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ( ) Manterei vínculo empregatício durante o curso, percebendo meus vencimentos.  ( ) Manterei vínculo empregatício durante o curso, sem perceber meus vencimentos.  ( ) Possuo emprego, mas dependerei de bolsa do curso. Meu último salário foi de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ( ) Não possuo emprego ou bolsa e desejo candidatar-me a uma bolsa do curso.  Obs.: A seleção não implica compromisso de bolsa por parte do curso.  O candidato estrangeiro deverá comprovar os meios que disporá para financiar seus estudos. | | | |

|  |
| --- |
| CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO/EMPREGADOR(Para candidatos que manterão vínculo empregatício) |
| Assinatura do representante legal (diretor ou superior hierárquico competente), manifestando sua concordância quanto à apresentação desta inscrição e ciência da necessidade de disponibilidade do candidato, caso aprovado, em se dedicar às atividades do curso.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  NOME DA EMPRESA CARGO/FUNÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  LOCAL E DATA ASSINATURA/CARIMBO |

|  |
| --- |
| DECLARAÇÃO |
| DECLARO que este pedido contém informações completas e exatas, que aceito o sistema e os critérios adotados pela Instituição para avaliá-lo e que, em caso de cursar disciplinas de pós-graduação nesta Universidade, me comprometo a cumprir fielmente seus regulamentos e os do curso no qual pleiteio minha admissão.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  LOCAL E DATA ASSINATURA DO CANDIDATO |

|  |  |
| --- | --- |
| ENDEREÇO PARA ENVIO DAS INSCRIÇÕES | |
| Secretaria do Programa de Pós-Graduação em Ciências Florestais – PPGCIFLOR  ppgciflor.inscricoes@uesb.edu.br Tel: 77- 3424-8781 | |
| **LINHA DE PESQUISA** | | |
| Quadro de vagas 1 ( ) Quadro de vagas 2 ( )  Dentre as duas linhas de pesquisa do Programa (Manejo Florestal ou Silvicultura), indique a de seu interesse: |  | |
| **RESUMO DE PLANO DE TRABALHO** |  | |
| *Descrever de forma sucinta no espaço abaixo uma proposta de plano de trabalho contendo a importância do tema, os objetivos e os procedimentos metodológicos.* |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |