|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTOCENTRO DE CIÊNCIAS AGRÁRIAS E ENGENHARIAS **Programa de Pós-Graduação em Ciência e Tecnologia**  **de Alimentos - Nível Mestrado** | Inscrição no: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO

|  |  |
| --- | --- |
| **Dados preliminares**  Foto do  candidato  (3 X 4) | |
| Área temática escolhida (marcar apenas uma): | ( ) 1. Microbiologia de alimentos.  ( ) 2. Ação de alimentos funcionais na redução do risco de doenças crônicas não transmissíveis.  ( ) 3. Produção de enzimas microbianas com aplicação em alimentos.  ( ) 4. Análise sensorial e desenvolvimento de novos produtos.  ( ) 5. Tecnologia de embalagem, conservação e exploração de frutos e seus coprodutos na elaboração de alimentos. |
| Contato para entrevista | Contato Skype: |
| Deseja candidatar-se a Bolsa de Estudos? ( ) Sim ( ) Não  **Obs: Somente para candidatos que não terão vínculo empregatício durante a condução do curso.** | |
| Título Profissional: | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dados pessoais** | | | | | | | | | |
| Nome Completo: | | | | | | | | | |
| Nome da Mãe: | | | | | | Nome do Pai: | | | |
| Local de nascimento (Cidade, Estado/País): | | | | | | | Data de nascimento: | | |
| Nacionalidade: | | | | | Estado civil: | | | |  |
| RG: | Local / Data de emissão: | | | | | | CPF: | | |
| Passaporte (se estrangeiro): | | | Órgão e data de emissão: | | | | Data de chegada ao Brasil: | | |
| Título de Eleitor: | | Zona: | | Seção: | | Certificado de Reservista: | | | |
| Endereço: | | | | | | | | | |
| Cidade/Estado/País: | | CEP: | | | E-mail | | | Telefone: ( ) | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Atividade Profissional | | | | | |
| Instituição/Empresa: | | | | Cargo: | |
| Endereço Comercial: | | | | | |
| Cidade/Estado/País: | CEP: | | E-mail | | Telefone: ( ) |
| Se selecionado, manterá vínculo empregatício?  ( ) Sim ( ) Não | | Caso sim, a liberação será:  ( ) Integral ( ) Parcial \_\_\_\_ horas/semana | | | |

|  |
| --- |
| 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 solicito minha admissão. |
| Alegre-ES, \_\_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do Candidato(a) |

|  |
| --- |
| **Parecer da Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Ciência e Tecnologia de Alimentos** |
| **Resultado final** : 🞏 Deferido 🞏 Indeferido  **Comentários** :       |  |  | | --- | --- | | Alegre, \_\_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura e carimbo do Coordenador(a) | |