



UFMG

DRCA - DEPARTAMENTO DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO

REQUERIMENTO DE REGISTRO RESIDÊNCIA PÓS-DOCTORAL (RPD)

REGISTRO [RESERVADO AO DRCA]:

ANO/SEM. LETIVO DE INGRESSO:

DADOS PESSOAIS

NOME

CPF

SEXO

ESTADO CIVIL

M F Solteiro(a) Casado(a) Separado(a) Viúvo(a) Não Definido

NASCIMENTO

DATA: CIDADE: UF: PAÍS:

NOME DO PAI:

NOME DA MÃE:

SITUAÇÃO DE NACIONALIDADE

Brasileiro Nato Brasileiro Naturalizado Estrangeiro PAÍS (se estrangeiro):

DOCUMENTO DE IDENTIDADE (somente brasileiros)

EMISSOR

UF

IDENTIFICAÇÃO DE ESTRANGEIRO E SITUAÇÃO NO PAÍS

PASSAPORTE OU RNE VALIDADE CLASSIFICAÇÃO DO VISTO DE ENTRADA NO BRASIL

CONCESSÃO DO VISTO DE ENTRADA

VALIDADE DO VISTO DE ENTRADA

PRORROGAÇÃO(ÕES) DO VISTO DE ENTRADA

ENDEREÇO (preencher com endereço para correspondência no Brasil)

LOGRADOURO (Rua, Av., Pça., etc.)

N.º

COMPLEMENTO

BAIRRO

CIDADE

UF

CEP

TELEFONES

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Deseja informar sua raça/cor? Sim Qual? Não

Como avalia sua capacidade para:

1. Enxergar:

Grande dificuldade permanente

Alguma dificuldade permanente

Nenhuma dificuldade permanente

2. Ouvir:

Incapaz

3. Locomover-se:

Tem alguma das seguintes deficiências?

Paralisia permanente total

Paralisia permanente das pernas

Nenhuma das enumeradas

Paralisia permanente de um dos lados do corpo

Falta de perna, braço, mão, pé ou dedo polegar

INFORMAÇÕES SOBRE DOUTORADO

PERÍODO DE CONCLUSÃO

CURSO

ESTABELECIMENTO:

CIDADE

ESTADO/PROVÍNCIA/DISTRITO/ETC.

PAÍS

APROVAÇÃO DA RESIDÊNCIA E VINCULAÇÃO NA UFMG

[preenchimento exclusivo pela **secretaria do programa de pós-graduação*** em que será realizada a residência]

► **RESIDÊNCIA APROVADA EM REUNIÃO DE COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM:** / /

CURSO DA VINCULAÇÃO

CÓDIGO NOME

PROFESSOR SUPERVISOR

INA (opcional) NOME COMPLETO

PERÍODO DE VINCULAÇÃO

DATA DE INÍCIO DA RESIDÊNCIA:

DATA DE TÉRMINO DA RESIDÊNCIA:

FAVOR OBSERVAR OS LIMITES DE PRAZO PREVISTOS EM RESOLUÇÃO E AS CONDIÇÕES DE PRORROGAÇÃO.

*. TODOS OS CAMPOS DE COMPETÊNCIA DA SECRETARIA (EXCETO INA) SÃO DE PREENCHIMENTO **OBRIGATÓRIO**. MAIS INFORMAÇÕES, VER RES. 04/2009-CONS. UNIVERSITÁRIO.

ASSINATURA DO(A) RESIDENTE

DATA DE PREENCHIMENTO: / /

ASSINATURA DO(A) SECRETÁRIO(A) DO PROGRAMA

DATA DE REQUERIMENTO: / /

ANOTAÇÕES [RESERVADO AO DRCA]: