



## INSCRIÇÃO EM CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO

FAVOR  
COLAR  
FOTO  
3X4

CURSO PRETENDIDO: \_\_\_\_\_

MESTRADO  DOUTORADO

### DADOS PESSOAIS:

NOME: \_\_\_\_\_

DATA NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CIDADE: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ Nº DE DEPENDENTES: \_\_\_\_ CIC: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ ÓRGÃO: \_\_\_\_\_ DATA DE EMISSÃO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

FUNCIONÁRIO INPE:  NÃO  SIM, INFORME REGISTRO: \_\_\_\_\_

### ENDEREÇOS:

RUA: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO: \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_ CIDADE: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ TEL.: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ TEL.: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

FAX: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

PESSOA A SER NOTIFICADA EM CASO DE EMERGÊNCIA: \_\_\_\_\_

RELAÇÃO DE PARENTESCO: \_\_\_\_\_ TEL.: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

TEL.: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ RUA: \_\_\_\_\_

Nº: \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO: \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_

CIDADE: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

FAX: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

### RESUMO ESCOLAR (INICIAR PELO ÚLTIMO CURSO REALIZADO)

ESCOLA	INÍCIO	TÉRMINO	TÍTULO OBTIDO
	____/____/____	____/____/____	
	____/____/____	____/____/____	
	____/____/____	____/____/____	
	____/____/____	____/____/____	

### CONHECIMENTO DE IDIOMAS ESTRANGEIROS (RESPOSTA ÓTIMO, BOM, REGULAR, MAU):

IDIOMA	LEITURA	REDAÇÃO	CONVERSAÇÃO

### EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL :

INSTITUIÇÃO	POSIÇÃO OCUPADA	INÍCIO	TÉRMINO
		____/____/____	____/____/____
		____/____/____	____/____/____
		____/____/____	____/____/____
		____/____/____	____/____/____
		____/____/____	____/____/____

**HONRARIAS ACADÊMICAS RECEBIDAS:****TRABALHOS PUBLICADOS****RECURSOS FINANCEIROS**

VINCULO EMPREGATICIO E DEDICAÇÃO AO CURSO:

A) MANTERÁ VÍNCULO EMPREGATÍCIO DURANTE A REALIZAÇÃO DO CURSO?

 SIM  NÃO

B) EM CASO AFIRMATIVO, MANTERÁ SALÁRIO?

 SIM  NÃO

C) EM CASO NEGATIVO, POSSUI RECURSOS PRÓPRIOS PARA MANTER-SE DURANTE A REALIZAÇÃO DO CURSO?

 SIM  NÃO

D) PRETENDE REALIZAR O CURSO EM REGIME: (O Curso de Sensoriamento Remoto aceita somente alunos em tempo integral)

 PARCIAL  INTEGRAL

BOLSA DE ESTUDO:

CASO POSSUA BOLSA DE ESTUDO, INFORME A FONTE E A SITUAÇÃO ATUAL, SE SOLICITADA OU JÁ CONCEDIDA. SE NÃO POSSUI, INFORME ABAIXO:

 CANDIDATO A BOLSA VIA INPE BOLSA NA ORIGEM FONTE: \_\_\_\_\_ TIPO: \_\_\_\_\_ SITUAÇÃO: \_\_\_\_\_**REFERÊNCIAS (INFORME AS PESSOAS QUE FORNECERÃO CARTAS DE REFERÊNCIAS):**

NOME	INSTITUIÇÃO	ENDEREÇO OU E-MAIL

**PLANO DE ESTUDO:**

DESCREVA ABAIXO, SUCINTAMENTE, O PLANO DE ESTUDOS QUE GOSTARIA DE DESENVOLVER NO INPE. PROCURE ENFATIZAR A IMPORTÂNCIA, ONDE E COMO PRETENDE UTILIZAR OS CONHECIMENTOS QUE ESPERA ADQUIRIR.

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do candidato

Observações importantes:

1. Este formulário de inscrição somente será apreciado se acompanhado dos seguintes documentos, considerados indispensáveis:
  - . Cópia do Histórico Escolar de Graduação e de Mestrado (para candidatos ao Doutorado) com graus ou conceitos.
  - . 03 (três) cartas de referências (enviadas por cada informante em envelopes fechado).
  - . 01 (uma) fotografia 3x4.
  - . Curriculum Vitae.
  - . Cópia da dissertação (para candidatos ao Doutorado).
2. O Formulário de Inscrição deverá ser preenchido em letra de forma ou datilografado.
3. As Cartas de Referência deverão ser preenchidas e remetidas ao INPE por 3 pessoas que realmente tenham capacidade de informar sobre a experiência acadêmica e/ou profissional do candidato, bem como seu potencial para seguir estudos ao nível de Pós-Graduação.
4. Toda documentação deverá ser remetida ao INPE, de julho a 31 de outubro, no seguinte endereço:

INSTITUTO NACIONAL DE PESQUISAS ESPACIAIS  
Serviço de Pós-Graduação  
Avenida dos Astronautas, 1758 - Caixa Postal 515  
Jardim da Granja  
12227-010 São José dos Campos – SP  
Tel.: (012) 3945-6846 / 3945-6852 - Fax: (012) 3945-6850