

**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JATAÍ**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS APLICADAS À SAÚDE**

**Formulário de Cadastro - Membro Externo ou Professor Visitante**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **I – DADOS PESSOAIS\*** | | | | | |
| Nome completo\*: | | | | | |
| Sexo\*: | | | | | |
| Data de nascimento\* (dd/mm/aa): | | | Cidade\*: | | Estado\*: |
| Nacionalidade\*: | | | | | |
| RG\*: | Data de expedição\* (dd/mm/aa): | | | Órgão expedidor\*: | |
| RNE (se estrangeiro): | | | | | |
| CPF\*: | |  | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **II – ENDEREÇO\*** | | | | |
| Endereço residencial\*: | | | | |
| Bairro\*: | | CEP\*: | Cidade\*: | Estado\*: |
| Tel.cel\*: | E-mail\*: | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **III – DADOS BANCÁRIOS** | | | |
| Banco: | Número do Banco: | Agência: | **Conta corrente**: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **IV– DADOS PROFISSIONAIS\*\*** | | |
| Instituição de vínculo\*: | | Desde\* (dd/mm/aa): |
| Doutor em\*: | Data da obtenção do título\* (dd/mm/aa): | |
| Universidade de obtenção do título\*: | | |
| Área de atuação\*: | | |
| Unidade/Departamento\*: | | |
| Se não é docente, informar qual o cargo ocupado na instituição de vínculo\*: | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **V–TITULAÇÃO\*** | |
| ( ) Pós-doutor | |
| ( ) Professor Associado/Livre Docente | Desde (dd/mm/aa): |
| ( ) Professor Titular | Desde (dd/mm/aa): |
| ( ) Outra: | Desde (dd/mm/aa): |
| Instituição de obtenção do título: | |
| Unidade/Departamento: | |

|  |
| --- |
| **VI- PARTICIPAÇÃO\*** |
| Participará da banca do aluno\*: |
| Título do trabalho: |
| Orientador\*: |

\*Preenchimento Obrigatório