FORMULÁRIO PARA MATRÍCULA EM ESTÁGIO DE PÓS-DOUTORADO

|  |  |
| --- | --- |
| Nome:       Data de início do estágio:      /     /  Filiação:       e  CPF:  RG:       Órgão emissor:       UF:  Data de nascimento:  Residente à rua      , nº      , complemento      , bairro      , cidade      , estado      , CEP      .  Contatos telefônicos: (     )       / (     )  E-mails:       /  Supervisor:  Requer matrícula no curso de Estágio de Pós-doutorado  Declaro conhecer e aceitar todas as disposições que regem o curso/estágio.  Espaço reservado para descrição das disciplinas solicitadas, se necessário: | |
| **CÓDIGO (obrigatório)** | **DISCIPLINA** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Nestes termos, declaro a concordância com o oferecimento das disciplinas acima listadas por meio remoto, conforme previsto na Resolução do Conselho Superior da UFJF nº 25/2020. Por ser esta a expressão da verdade, firmo a presente.  Juiz de Fora,       de       de      .  Assinatura do(a) discente:  Assinatura do(a) supervisor(a): | |