

PROGRAMA DE APOIO À PÓS-GRADUAÇÃO DO CEFET-MG

PROCESSO Nº

INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR:

UNIDADE ADMINISTRATIVA:

PROGRAMA:

NOME:

DATA DE NASCIMENTO:

- -

EXIBIR DATA DE NASCIMENTO?

☐ Sim ☐ Não

ESTADO CIVIL:

EXIBIR ESTADO CIVIL?

☐ Sim ☐ Não

SEXO:

☐ M ☐ F

IDENTIDADE:

ÓRGÃO EXPEDIDOR DA CI E

ESTADO: -

DATA DE EXPEDIÇÃO DA CI:

- -

PASSAPORTE:

CPF:

ESTADO/PAÍS DE NASCIMENTO:

HOME-PAGE:

EXIBIR ENDEREÇO RESIDENCIAL?

☐ Sim ☐ Não

ENDEREÇO RESIDENCIAL (RUA/AV./NO.):

BAIRRO:

CEP:

CIDADE / ESTADO:

TELEFONE: ()

FAX: ()

ENDEREÇO ELETRÔNICO:

INGRESSO DO BOLSISTA NO CURSO : (mês/ano) -

INÍCIO DA BOLSA:(mês/ano): -

TEMPO CONCEDIDO PELA IES:

DURAÇÃO MÁXIMA PERMITIDA PELA COORDENAÇÃO DO CURSO A CONTAR DO INGRESSO DO ESTUDANTE NO CURSO/PROGRAMA

☐ Mestrado/24 meses

☐ Doutorado/48 meses

BOLSAS ANTERIORES

Agência financiadora	Nível	Início (mês/ano)	Término (mês/ano)

Declaração do Bolsista

Declaro para os fins legais, que não recebo bolsa de qualquer espécie, paga por instituição pública ou privada, bem como salário ou provento de nenhuma fonte, além da bolsa concedida pelo CEFET-MG, e que tenho dedicação exclusiva ao Programa de Pós-Graduação no qual estou matriculado.

Belo Horizonte, de de 2019.

ASSINATURA

ASSINATURA DO COORDENADOR DO PROGRAMA

ASSINATURA e CARIMBO :

DATA - -

Dados Bancários

Banco:

Agência:

Conta: