|  |
| --- |
| **FORMULÁRIO DE INTERESSE EM MOBILIDADE** |

|  |
| --- |
| **OPÇÃO PARA A QUAL ESTÁ SE CANDIDATANDO** |
| [ ] **Programa Ciência sem Fronteiras** Chamada Nº      País:       | [ ] **Edital do IFRS Nº**     [ ] **Outro. Qual?** |

|  |
| --- |
| **DADOS PESSOAIS** |
| **Nome Completo:**  |

|  |
| --- |
| **Endereço residencial** |
| **Rua:** |
| **Nº:** **Bairro:** **CEP.:** | **Apto:** | **Tel. Res.: (****)****Tel. Celular:(****)****Tel. Trabalho:(****)** |
| **Cidade:****Estado:** |  |
| **Nacionalidade:** [ ] Brasileira [ ] Outra (qual?)      | **Dupla nacionalidade:** **[ ]** Sim **Qual?** [ ] Não |
| **Data de Nascimento:** **RG Nº:** | **Passaporte Nº:****Validade:** |
| **Órgão Expedidor:****CPF Nº**:       |
| **E-mail** 1ª opção:      2ª opção:      |

|  |
| --- |
| **EXPERIÊNCIA EM MOBILIDADE** |
| **Já participou de programa de mobilidade do IFRS?** [ ] Não [ ] Sim Qual? (Curso/ Instituição):      Onde? (País de destino):        |

|  |
| --- |
| **PESSOA PARA CONTATO EM CASO DE EMERGÊNCIA** |
| **Nome:** | **Grau de parentesco:** |
| **Endereço:**  |
| **Rua:****Nº:** **Apto:** **Cidade:** **Bairro:** **Estado:** **Cep.:**  | **Tel. Res.:** **Tel. Celular:** **Tel. Trabalho:**  |

|  |
| --- |
| **PERÍODO(s) PRETENDIDOS(s) para a MOBILIDADE** |
| **Data de Início:** **/****/****Data de término:      /     /** |

|  |
| --- |
| **DADOS ACADÊMICOS** |
| **IFRS - Câmpus****Nº Matrícula:** **Curso:** **Carga horária Total do Curso no IFRS:****(total em horas)****Carga horária Total Já Concluída:****(total em horas)** |
| **Coeficiente de Rendimento no curso (quando houver):** |
| **Realizou prova do ENEM:****[ ]** Não [ ] Sim Ano de realização:        Nota obtida:      |
| **Bolsa de Iniciação Científica ou Tecnológica? [ ]** Não [ ] Sim  **Orientador:** **Período:** |
| **Bolsa de Iniciação à Docência? [ ]** Não [ ] Sim  **Orientador:** **Período:** |
| **Bolsa de Extensão? [ ]** Não [ ] Sim  **Orientador:** **Período:** |
| **Monitoria? [ ]** Não [ ] Sim  **Disciplina:**  **Período:** |
| **Outra Bolsa de estudos? [ ]** Não [ ] Sim  **Qual?**      |

|  |
| --- |
| **INSTITUIÇÃO DE DESTINO** **(não é preciso preencher o nome da instituição de destino no caso do Programa Ciência sem Fronteiras)** |
| **Nome da Instituição:**      |
| **Cidade:** **País:** |

|  |
| --- |
| **OUTRAS INFORMAÇÕES** **(resposta livre e opcional):** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Declaro que as informações acima são verdadeiras, corretas e atualizadas.

 **Data**       /       /      . \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**( dia / mês / ano )**   **Assinatura do Candidato**