|  |
| --- |
| **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**