

 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INFORMÁTICA	IM CCMN UFRJ	PROCESSO Nº
	REQUERIMENTO DE MATRÍCULA	Nº _____
De: Instituto de Matemática		
Para: Pró-Reitor de Ensino para Graduados e Pesquisa		

Nome Completo: _____

Curso: Doutorado em Informática

DADOS PESSOAIS

Nome do Pai: _____

Nome da Mãe: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: Masculino Feminino

Estado Civil: Solteiro(a) Casado(a) Divorciado(a)

Separado(a) Judicialmente Viúvo(a) Não Informado

CPF: _____

NACIONALIDADE

Brasileiro Nato Brasileiro Naturalizado Equiparado Estrangeiro

País: _____ Ano de Chegada (exceto Brasileiros Natos): _____

NATURALIDADE

Cidade: _____ Estado: _____

ENDEREÇO

Logradouro: _____ Número: _____

Complemento: _____ Bairro: _____

Município: _____ Estado: _____

CEP: _____ E-mail: _____

Telefone (resid.): _____ e Celular: _____

DEDICAÇÃO PRETENDIDA (DISPONIBILIDADE DE TEMPO)

() Tempo parcial () Integral com bolsa () Integral sem bolsa

Justificativa: [] Vínculo Empregatício [] Restrições médicas

[] Outra: _____

Informações sobre Vínculo Empregatício (Caso tenha)

Empresa: _____

Função / Cargo: _____

Contatos (tel. e/ou e-mail): _____

LINHAS DE PESQUISA

Primeira Opção

Segunda Opção

() Sistemas Complexos Adaptativos (Redes de Computador)
() Gestão de Sistemas Complexos (Sistemas de Informação)
() Análise de Sistemas Complexos (Algoritmos e Métodos Numéricos)

() Sistemas Complexos Adaptativos (Redes de Computador)
() Gestão de Sistemas Complexos (Sistemas de Informação)
() Análise de Sistemas Complexos (Algoritmos e Métodos Numéricos)

IDENTIDADE

Número: _____ Órgão Emissor: _____
Data de Emissão: ____/____/____ Estado Emissor: _____

TÍTULO ELEITORAL

Número: _____ Zona: _____
Seção: _____ Estado: _____

CERTIFICADO MILITAR OU CERTIFICADO DE DISPENSA MILITAR

() Certificado Militar () Certificado de Dispensa Militar

Número: _____ Estado: _____

Categoria*:

Órgão: Ministério da Defesa Min. da Marinha Min. da Aeronáutica
 Ministério do Exército Corpo de Bombeiros Polícia Militar

* Somente para Certificado Militar

PASSAPORTE (SOMENTE ESTRANGEIROS)

Número: _____ Órgão: _____
Data de Expedição: ____/____/____ Tipo do Passaporte: _____
Número do Visto: _____ Tipo do Visto: _____
Data de Conclusão do Visto: ____/____/____ Duração do Visto: _____

FORMAÇÃO ANTERIOR (MESTRADO)

Universidade: _____
Curso: _____
Estado: _____ Ano de Conclusão: _____