

 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INFORMÁTICA	IM CCMN UFRJ	PROCESSO N°
	REQUERIMENTO DE MATRÍCULA	N° _____
De: Instituto de Matemática		
Para: Pró-Reitor de Ensino para Graduados e Pesquisa		

Nome Completo: _____

Curso: Mestrado 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: _____

CEP: _____ E-mail: _____

Município: _____ Estado: _____

Telefone (residen.): _____ e Celular: _____

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO

Primeira Opção

- () Algoritmos e Métodos Numéricos
- () Metodologia e Arquitetura de Sistemas Inteligentes
- () Sistemas de Informação
- () Informática, Educação e Sociedade
- () Redes de Computadores e Sistemas Distribuídos

Segunda Opção

- () Algoritmos e Métodos Numéricos
- () Metodologia e Arquitetura de Sistemas Inteligentes
- () Sistemas de Informação
- () Informática, Educação e Sociedade
- () Redes de Computadores e Sistemas Distribuídos

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: _____

Categoria*:

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

Estado: _____

* 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 (GRADUAÇÃO)

Universidade: _____

Curso: _____

Estado: _____ Ano de Conclusão: _____

POSCOMP

Nº de Inscrição: _____ Ano: _____

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): _____