****

**Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC**

**Centro de Ciências da Saúde e do Esporte – CEFID**

|  |
| --- |
| **Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano – PPGCMH** |

**CADASTRO DO ALUNO REGULAR DO PPGCMH**

**Curso: ( ) Mestrado ( ) Doutorado**

**Orientador (a):** Prof(a) Dr(a)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Linha de Pesquisa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dados Pessoais:**

Nome Completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sexo: ( )Feminino ( )Masculino

Data de Nascimento:\_\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ Cidade/Estado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RG nº:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Órgão Expedidor:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF nº:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Título Eleitoral nº:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Secção:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cidade/Zona\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone:( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fax:( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Afastamento para o curso: ( )Total ( )Parcial. Quantas horas semanais disponíveis para o curso? (coloque as horas por semana disponível para o curso)

Recebe bolsa de estudos ( ) Não ( )Sim. Que tipo?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (coloque o tipo: CAPES, FAPESC...)

Banco:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Agência nº:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Conta Corrente nº:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cidade/Estado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Endereço Residencial Atualizado em Florianópolis:**

Rua/Av:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_no \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bairro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cidade/Estado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CEP:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Endereço Residencial Atualizado da Cidade de Origem**:

Rua/Av:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_no \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bairro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cidade/Estado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CEP:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone:( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fax:( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dados Profissionais atuais:**

Local de Trabalho:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data de Admissão:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rua/Av:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bairro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cidade/Estado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CEP:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone do trabalho:( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax:( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Informações Adicionais:**

**Graduado** em:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Instituição:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ano de conclusão:\_\_\_\_\_\_\_

**Especializado** em:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Instituição:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ano de conclusão:\_\_\_\_\_\_\_\_

**Mestrado** em:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Instituição:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ano de conclusão:\_\_\_\_\_\_\_\_

**Informações Complementares: (Preenchida pela Secretaria)**

Matrícula no:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mês/ano de início no mestrado/doutorado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_término:\_\_\_\_\_\_\_

Bolsista: ( )Sim ( )Não Tipo de bolsa:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Caso afirmativo. Período (ano):\_\_\_\_\_a\_\_\_\_\_\_\_

Linha de Pesquisa no mestrado/doutorado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Orientador(a): Prof(a) Dr(a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Título da dissertação/tese:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Banca:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data da defesa: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ Horário:\_\_\_\_\_\_\_ Local:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_