



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Doutorado <input type="checkbox"/> Mestrado
Temática da Investigação Proposta:
Linha de Pesquisa:
Área de Concentração:

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO				FOTO 3 X 4 (recente)
Nome Completo:			Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Pessoa com Necessidades Especiais: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim – Complete Ficha em Anexo(Ficha para Pessoa com Necessidades Especiais)				
Filiação	Pai:			
	Mãe:			
Data de Nascimento / /	Naturalidade/Estado	Nacionalidade	Estado civil	

Carteira de Identidade		Título de Eleitor			C.P.F.
Número	Órgão Expedidor	Número	Zona	Seção	Número
Situação Militar:	Documento	Número	Categoria	Órgão Expedidor	Data

Endereço Residencial:					Nº:
Ap. nº:	Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:	
Telefone:			e-mail:		

FORMAÇÃO ACADÊMICA						
GRADUAÇÃO	Curso		Instituição		Concluído em:	
PÓS-GRADUAÇÃO	Nível	Curso	Instituição (SIGLA)	Local	Período de realização	C.H.

ATUAÇÃO PROFISSIONAL (cargos atuais)		
Cargo/Função que exerce:		Carga horária semanal:
Instituição:		Setor/Departamento:
Local:	Tempo de Serviço:	Início/Exercício:

Cargo/Função que exerce:		Carga horária semanal:
Instituição:		Setor/Departamento:
Local:	Tempo de Serviço:	Início/Exercício:

Declaro serem verdadeiros os dados acima fornecidos e que estou ciente das informações contidas no Edital de Inscrição, Seleção e Matrícula do Programa ao qual estou me candidatando.

Ponta Grossa, ____/____/____

(Assinatura do Candidato(a))

PROTOCOLO DE INSCRIÇÃO

Nome: _____ R.G. Nº: _____

Programa de: Doutorado Mestrado

Linha de Pesquisa: _____

Ponta Grossa: ____/____/____

Visto Secretaria: _____

ATENÇÃO:

⇒ Não será aceita a inscrição do candidato que não entregar, no dia da inscrição, a documentação requerida.

⇒ Não haverá devolução da taxa de inscrição.



Ficha para Pessoa com Necessidades Especiais

Identificação	
Nome	
Curso	
<input type="checkbox"/> Física	<input type="checkbox"/> Amputação ou ausência de membro <input type="checkbox"/> Paralisia cerebral <input type="checkbox"/> Hemiparesia <input type="checkbox"/> Paraparesia <input type="checkbox"/> Hemiplegia <input type="checkbox"/> Postomia <input type="checkbox"/> Membro com deformidade congênita ou adquirida <input type="checkbox"/> Teraparesia <input type="checkbox"/> Monoparesia <input type="checkbox"/> Tetraplegia <input type="checkbox"/> Monoplegia <input type="checkbox"/> Triparesia <input type="checkbox"/> Nanismo <input type="checkbox"/> Triplesia <input type="checkbox"/> Papaplegia
<input type="checkbox"/> Auditiva	Perda bilateral, parcial ou total de 41 decibéis ou mais, auferida por audiograma nas frequências de: <input type="checkbox"/> 500 Hz <input type="checkbox"/> 1000 Hz <input type="checkbox"/> 2000 Hz <input type="checkbox"/> 3000 Hz
<input type="checkbox"/> Visual	<input type="checkbox"/> Cegueira - Acuidade visual igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica. <input type="checkbox"/> Baixa visão - Acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica. <input type="checkbox"/> Caso nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos igual ou menor que 60°.
<input type="checkbox"/> Mental	Funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos 18 anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: <input type="checkbox"/> Comunicação <input type="checkbox"/> Saúde e segurança <input type="checkbox"/> Cuidado pessoal <input type="checkbox"/> Habilidades acadêmicas <input type="checkbox"/> Habilidades sociais <input type="checkbox"/> Lazer <input type="checkbox"/> Utilização dos recursos da comunidade <input type="checkbox"/> Trabalho
<input type="checkbox"/> Deficiência Múltipla	Deficiência múltipla - Associação de duas ou mais deficiências
<input type="checkbox"/> Mobilidade reduzida	Pessoa que por qualquer motivo, tenha dificuldade de movimentar-se, permanente ou temporariamente, gerando redução efetiva da mobilidade, flexibilidade, coordenação motora e percepção.
<input type="checkbox"/> Outras Necessidades Especiais	Indicar o Código Internacional de Doença. CID: _____

Ponta Grossa, ____ de _____ de _____.

(Assinatura)