**ANEXO 1**

**FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO**

**1 DADOS DO CURSO**

CURSO:

( ) Mestrado

( ) Doutorado

LINHA DE PESQUISA:

( ) Atividade Física e Saúde

( ) Comportamento Motor

( ) Desempenho no Esporte

ORIENTADOR:

1ª Opção: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2ª Opção: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

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

Naturalidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nacionalidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data Nascimento: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado Civil:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cédula Identidade nº: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Órgão Expedidor:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Título eleitoral: n.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Zona \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Seção:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Certificado Militar nº:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Série: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Categoria:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço domiciliar à rua:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.º\_\_\_\_\_\_\_

Cidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_ CEP:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fone fixo: (\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fone celular: (\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fone recado: (\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**3 CURSOS DE GRADUAÇÃO E PÓS-GRADUAÇÃO REALIZADOS**

|  |
| --- |
| **CURSOS DE GRADUAÇÃO E PÓS-GRADUAÇÃO** |
| Título obtido | Instituição | Início | Término |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **A** – Graduação; **B** – Especialização; **C** – Mestrado; **D** – Doutorado.  |

**4 DADOS OCUPACIONAIS**

Endereço profissional à rua:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.º\_\_\_\_\_\_\_

Cidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fone fixo: (\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fone celular: (\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fone recado: (\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL** |
| Tipo | Instituição/Entidade/Empresa | Início | Término |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Tipo: **A** – Docente; **B** – Técnica; **C –** Clínica; **D** – Administrativa.  |

**VÍNCULO EMPREGATÍCIO DURANTE O CURSO**

Você manterá vínculo empregatício durante o curso?

( ) Não

( ) Sim. Caso afirmativo, anexar documento comprobatório de concordância da instituição para realizar o curso (ANEXO 5).

**PROFISSIONAIS LIGADOS À SUA ÁREA DE CONHECIMENTO:**

Indique nome, cargo e endereço de 3 (três) profissionais ligados à sua área de conhecimento:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nome** | **Cargo** | **Telefone** |
| **1.** |  |  |
| **2.** |  |  |
| **3.** |  |  |

Florianópolis, SC \_\_\_/\_\_\_/2017.

Nome completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura Original: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANEXO 4**

**TERMO DE COMPROMISSO DA INSTITUIÇÃO**

(A ser preenchido caso tenha vínculo empregatício)

Eu, (Nome do(a) Responsável), ocupante do cargo de (Cargo do Responsável) na(o) (Identificação da Instituição/Empresa), declaro para os devidos fins, que o(a) candidato(a) (Nome do Candidato(a)) terá disponibilidade de (Número de horas) horas semanais para dedicação ao curso de (mestrado ou doutorado), do Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do(a) Responsável

Endereço e Telefone

Florianópolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2017.

**ANEXO 5**

**TERMO DE COMPROMISSO DOCENTE**

(A ser preenchido caso não seja alcançada a pontuação de publicação mínima exigida)

Eu, Prof.(a) Dr.(a) Alexandra Folle docente do Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano, assumo compromisso pela candidatura de Eduardo José Dallegrave assegurando plenamente sua condição acadêmica de realizar satisfatoriamente todas as atividades inerentes ao curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do(a) professor(a)

Florianópolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2017.

**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**

(Deverá ser preenchido e apresentado no ato da inscrição)

|  |
| --- |
| 1. Nome do Candidato: |

|  |
| --- |
| 2. Curso:( ) Mestrado ( ) Doutorado  |

|  |
| --- |
| 3. Linha de Pesquisa:( ) Atividade Física e Saúde( ) Comportamento Motor ( ) Desempenho no Esporte4. Orientador de Preferência:1ª Opção: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2ª Opção: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**✂........................................................................................................................................................**

***Para uso da Secretaria do PPGCMH***

|  |
| --- |
| Florianópolis, \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/2017. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura do Responsável  PPGCMH**Informações**:Site do PPGCMH: http://www.cefid.udesc.br/pos\_cmh Telefone: (48) 3664-8683 E-mail: ppgcmh.cefid@udesc.br |