



UFMG

DRCA - DEPARTAMENTO DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO

REQUERIMENTO DE REGISTRO RESIDÊNCIA PÓS-DOCTORAL (RPD)

REGISTRO [RESERVADO AO DRCA]:

ANO/SEM. LETIVO DE INGRESSO:

DADOS PESSOAIS

NOME	CPF

SEXO	ESTADO CIVIL				
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a) <input type="checkbox"/> Não Definido				

NASCIMENTO

DATA	CIDADE	UF	PAÍS

NOME DO PAI: _____

NOME DA MÃE: _____

SITUAÇÃO DE NACIONALIDADE

Brasileiro Nato Brasileiro Naturalizado Estrangeiro PAÍS (se estrangeiro): _____

DOCUMENTO DE IDENTIDADE (somente brasileiros)

DOCUMENTO	EMISSOR	UF

IDENTIFICAÇÃO DE ESTRANGEIRO E SITUAÇÃO NO PAÍS

PASSAPORTE OU RNE	VALIDADE	CLASSIFICAÇÃO DO VISTO DE ENTRADA NO BRASIL
CONCESSÃO DO VISTO DE ENTRADA	VALIDADE DO VISTO DE ENTRADA	PRORROGAÇÃO(ÕES) DO VISTO DE ENTRADA

ENDEREÇO (preencher com endereço para correspondência no Brasil)

LOGRADOURO (Rua, Av., Pça., etc.)	N.º	COMPLEMENTO	BAIRRO
CIDADE	UF	CEP	TELEFONES

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Deseja informar sua raça/cor? Sim Qual? _____ Não

Como avalia sua capacidade para:

1. Enxergar:	2. Ouvir:	3. Locomover-se:	
<input type="checkbox"/> Incapaz	<input type="checkbox"/> Incapaz	<input type="checkbox"/> Incapaz	
<input type="checkbox"/> Grande dificuldade permanente	<input type="checkbox"/> Grande dificuldade permanente	<input type="checkbox"/> Grande dificuldade permanente	
<input type="checkbox"/> Alguma dificuldade permanente	<input type="checkbox"/> Alguma dificuldade permanente	<input type="checkbox"/> Alguma dificuldade permanente	
<input type="checkbox"/> Nenhuma dificuldade permanente	<input type="checkbox"/> Nenhuma dificuldade permanente	<input type="checkbox"/> Nenhuma dificuldade permanente	

Tem alguma das seguintes deficiências?

Paralisia permanente total Paralisia permanente das pernas Nenhuma das enumeradas
 Paralisia permanente de um dos lados do corpo Falta de perna, braço, mão, pé ou dedo polegar

INFORMAÇÕES SOBRE DOUTORADO

PERÍODO DE CONCLUSÃO	CURSO

ESTABELECIMENTO:

CIDADE	ESTADO/PROVÍNCIA/DISTRITO/ETC.	PAÍS

APROVAÇÃO DA RESIDÊNCIA E VINCULAÇÃO NA UFMG

[preenchimento exclusivo pela **secretaria do programa de pós-graduação*** em que será realizada a residência]

► **RESIDÊNCIA APROVADA EM REUNIÃO DE COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM:** _____ / _____ / _____

CURSO DA VINCULAÇÃO	PERÍODO DE VINCULAÇÃO
CÓDIGO NOME	DATA DE INÍCIO DA RESIDÊNCIA:
	DATA DE TÉRMINO DA RESIDÊNCIA:

PROFESSOR SUPERVISOR	
INA (opcional) NOME COMPLETO	

FAVOR OBSERVAR OS LIMITES DE PRAZO PREVISTOS EM RESOLUÇÃO E AS CONDIÇÕES DE PRORROGAÇÃO.

*. TODOS OS CAMPOS DE COMPETÊNCIA DA SECRETARIA (EXCETO INA) SÃO DE PREENCHIMENTO **OBRIGATÓRIO**. MAIS INFORMAÇÕES, VER RES. 04/2009-CONS. UNIVERSITÁRIO.

ASSINATURA DO(A) RESIDENTE
DATA DE PREENCHIMENTO: ____/____/____

ASSINATURA DO(A) SECRETÁRIO(A) DO PROGRAMA
DATA DE REQUERIMENTO: ____/____/____

ANOTAÇÕES [RESERVADO AO DRCA]:

	<p style="text-align: center;">SECRETARIA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM QUÍMICA REQUERIMENTO DE REGISTRO RESIDÊNCIA PÓS-DOCTORAL (RPD)</p>	ANO/SEM. LETIVO DE INGRESSO
		DATA DO REQUERIMENTO:

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

TÍTULO DO PLANO DE TRABALHO: _____

FINANCIAMENTO: _____ PERÍODO DE VIGÊNCIA DO PROJETO: __/__/__ a __/__/__

TÍTULO DO PROJETO: _____

BOLSA: AGÊNCIA /EMPRESA: _____

PERÍODO DE VIGÊNCIA DA BOLSA: : __/__/__ a __/__/__

TIPO DE BOLSA: () VÍNCULO EMPREGATÍCIO () BOLSISTA () VOLUNTÁRIO

LINK LATTES (comece com https://www...) _____

E-MAIL: _____

TELEFONE RESIDENCIAL: () _____ TELEFONE COMERCIAL: () _____

TELEFONE CELULAR: () _____

EM CASO DE EMERGÊNCIA CONTATAR: _____

PARENTESCO: _____ TELEFONE: _____

OBSERVAÇÃO:

Conforme recomendações do DRCA, para que não haja exclusão de sua matrícula pela não **renovação da residência pós-doutoral**, o aluno deverá entregar na secretaria de Pós-graduação, **com no máximo um mês de antecedência da data de término do 1º ano de atividades**; o formulário de requisição de residência com a nova data, um relatório parcial com as atividades, assim como um parecer do orientador sobre as atividades exercidas.

Belo Horizonte ____ de _____ 20__

ASSINATURA DO(A) RESIDENTE _____