



Programa de Professor/Pesquisador Visitante nos EUA – 2009

Formulário

Dados Pessoais

| | | | |
|--------------------------|--|---------------------------------|-------------|
| 01. CPF | 02. Nome completo sem abreviações | | |
| 03. Data Nascimento | 04. Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino | 05. Nacionalidade Brasileira | 06. E-mail |
| 07. Endereço Residencial | | | |
| 08. CEP | 09. Cidade | | 10. UF |
| 11. DDD | 12. Telefone | 13. Fax | 14. Celular |

Instituição Brasileira e Natureza do Vínculo

| | | | |
|---|---|--------------------------------------|---|
| 15. Instituição (Universidade, Centro, etc.) | | 16. Sigla | |
| 17. Órgão (Instituto, Faculdade, etc.) | | 18. Unidade (Depto., Laborat., etc.) | |
| 19. Endereço Institucional | | | |
| 20. CEP | 21. Cidade | | 22. UF |
| 23. DDD | 24. Telefone | 25. Ramal | 26. Fax |
| 27. Cargo ou Função Atual | 28. Vínculo Empregatício <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 29. Situação ---- Escolha ---- | 30. Regime de Trabalho ---- Escolha ---- |
| 31. Instituição de Obtenção do Doutorado | | 32. País | 33. Ano de Titulação |
| 34. Endereço para correspondência: Indique se: <input type="checkbox"/> Residencial ou <input type="checkbox"/> Institucional | | | |

Instituição Anfitriã nos EUA

| | | | |
|---|--------------|------------|------------|
| 35. Instituição | | | |
| 36. Unidade (Departamento, Laboratório, Núcleo, etc.) | | | |
| 37. Endereço Institucional | | | |
| 38. ZIP Code | 39. Cidade | | 40. Estado |
| 41. Código de Área | 42. Telefone | 43. Ramal | 44. Fax |
| 45. Nome da pessoa de contato | | | |
| 46. DDD | 47. Telefone | 48. E-mail | |

Características da solicitação

| | |
|---|--|
| 49. Período de atividades (de 2, 3 ou 4 meses) de (mm/aaaa) posterior a 08/2009 até (mm/aaaa) anterior a 07/20 10 | |
| 50. Solicitou apoio de outra instituição? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual? | |
| 51. É bolsista de outra instituição? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual? | |
| 52. Indique, se for o caso, a contrapartida financeira por parte da instituição anfitriã nos EUA, p.ex. moradia, seguro saúde, etc. | |

53. Justifique a escolha da instituição anfitriã nos EUA, mencione histórico anterior, se for o caso, e perspectivas (máximo de 7500 caracteres, aproximadamente uma página).

indicando, obrigatoriamente, a produção prevista, como por exemplo, publicações, artigos, relatórios técnicos, etc. (máximo de 7500 caracteres, aproximadamente uma página).



Programa de Professor/Pesquisador Visitante nos EUA – 2009

Endosso da Instituição Brasileira e do Programa de Pós-Graduação

Prezado(a) Sr(a),

Dr. (Dra.) _____ é candidato(a) a uma bolsa de estudos no Programa de Professor/Pesquisador Visitante nos EUA. O endosso dessa candidatura pela Instituição e pelo programa de pós-graduação nos quais o (a) interessado(a) exerce atividade é necessário para sua aceitação. Os campos abaixo devem ser preenchidos de forma precisa e completa. Obrigado.

Dirigente da Instituição Brasileira

| | |
|---------------|---------|
| Nome: | |
| | |
| Título/Cargo: | |
| | |
| Instituição: | |
| | |
| Telefone: | E-mail: |
| | |
| Data: | Local: |
| | |
| Assinatura: | |
| | |

Coordenador do Programa de Pós-Graduação

| | |
|---|---------|
| Nome: | |
| | |
| Instituição: | |
| | |
| Programa de Pós-Graduação: | |
| | |
| O Candidato é vinculado ao Programa de Pós-Graduação: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | |
| Telefone: | E-mail: |
| | |
| Data: | Local: |
| | |
| Assinatura: | |
| | |

Declaro não estar atualmente nos EUA e que todas as informações constantes deste formulário são verdadeiras.

| | |
|-------------|--------|
| Nome: | |
| | |
| Data: | Local: |
| | |
| Assinatura: | |
| | |