# ANEXO I

**FORMULÁRIO DE AUTO DECLARAÇÃO ÉTNICO-RACIAL**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

documento de identificação civil nº , órgão expedidor

, e CPF nº , candidato ao curso

, para fim de concorrer às vagas reservadas às ações afirmativas no processo seletivo contemplado pelo Edital [**NÚMERO E ANO DO EDITAL**], declaro-me:

( ) Preto(a) ( ) Pardo(a)

( ) Indígena (Informar etnia/nação indígena):

Declaro serem verdadeiras as informações prestadas, estando ciente de que informações falsas incorrerão em eliminação da inscrição no processo seletivo ou no cancelamento da matrícula, tão logo sejam apuradas.

[LOCAL], em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_.

Assinatura do Candidato(a)

\*\*\*

# Observações:

1. **Este documento deve ser preenchido em editor de texto, não sendo aceito preenchimento à mão, salvo para a assinatura do(a) candidato(a), que DEVE SER DE PRÓPRIO PUNHO, ainda que o documento seja entregue/enviado em cópia impressa digitalizada.**
2. **O candidato que preencher este formulário com o Nome Social deverá apresentar, no ato da entrega do mesmo, documentos comprobatórios da alteração de registro.**

**ANEXO II**

**CARTA DE INTENÇÃO**

Eu, , venho, por meio desta, demonstrar meu interesse em participar do Curso de Pós-graduação Lato Sensuem Metodologias de Ensino (com Ênfase na Deficiência Visual), vinculado ao Departamento de Pós-graduação, Pesquisa e Extensão do Instituto Benjamin Constant.

Minha formação acadêmica inclui Graduação em , concluída em , na [APRESENTAR TAMBÉM, SE POSSUIR, CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO, APERFEIÇOAMENTO, EXTENSÃO E CURSOS LIVRES QUE JÁ TENHA REALIZADO];

Minha trajetória profissional inicia em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[APRESENTAR EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL, INFORMANDO ANO E DURAÇÃO EM CADA ATIVIDADE EXERCIDA NA ÁREA DE EDUCAÇÃO/ENSINO, DESTACANDO, CASO EXISTA, A EXPERIÊNCIA COM A EDUCAÇÃO ESPECIAL, E TAMBÉM, SE FOR O CASO, AS RELACIONADAS À PESSOAS COM DEFICIÊNCIA VISUAL].

Minha experiência em atividades e eventos acadêmicos/educacionais inclui \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[CITAR A PARTICIPAÇÃO EM ESTÁGIOS EXTRACURRICULARES, PROJETOS DE PESQUISA, MONITORIA, BOLSAS DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA E ATIVIDADES VOLUNTÁRIAS. INCLUA TAMBÉM OS EVENTOS ACADÊMICOS NOS QUAIS VOCÊ PARTICIPOU COMO DEBATEDOR OU APRESENTADOR, EXPLICITANDO OS TRABALHOS APRESENTADOS QUE CONTRIBUÍRAM PARA SUA FORMAÇÃO].

A escolha em realizar o curso baseia-se [APRESENTE SUAS MOTIVAÇÕES PARA CURSAR A PÓS-GRADUAÇÃO DO IBC, E EM QUE MEDIDA O CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM METODOLOGIAS DE ENSINO (COM ÊNFASE NA DEFICIÊNCIA VISUAL) PODERÁ CONTRIBUIR PARA A SUA ATUAÇÃO PROFISSIONAL FUTURA].

Ressalto que, se aprovado(a) e classificado(a) no processo seletivo, tenho interesse em desenvolver como Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) uma pesquisa abordando [EXPOR SUCINTAMENTE A TEMÁTICA, QUESTÃO CENTRAL/PROBLEMA, OBJETIVOS, CONCEITOS BÁSICOS E METODOLOGIA, AFINS À PROPOSTA DO CURSO]. Estou ciente, no entanto, de que tal temática consiste em uma intenção de estudo, compreendendo que esta somente será concretizada mediante condições relacionadas à orientação docente e à aplicabilidade do projeto.

Atenciosamente,

(LOCAL), em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_.

Assinatura do(a) candidato(a)

# ANEXO III

**FORMULÁRIO PARA INTERPOSIÇÃO DE RECURSO**

Recurso contra decisão relativa ao processo seletivo disposto no edital **[NÚMERO E ANO DO EDITAL**]

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador do documento de

identidade nº............................., órgão emissor ............., inscrito para concorrer a uma vaga no curso de Pós Graduação em Metodologias de Ensino (com Ênfase na Deficiência Visual), apresento o seguinte recurso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (EXPLICITAR DE FORMA CLARA E SUCINTA A DECISÃO QUE ESTÁ CONTESTANDO).

Os argumentos com os quais contesto a referida decisão são:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (EXPLICITAR DE FORMA CLARA E SUCINTA OS ARGUMENTOS).

Para fundamentar essa contestação, encaminho anexos os seguintes documentos: \_\_\_\_\_\_ (RELACIONAR E ANEXAR TODOS OS DOCUMENTOS QUE POSSAM EMBASAR A CONTESTAÇÃO).

(LOCAL), em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_.

Assinatura do(a) candidato(a)

\*\*\*

# Observações:

1. **Este documento deve ser preenchido em editor de texto, não sendo aceito preenchimento à mão, salvo para a assinatura do candidato, que DEVE SER DE PRÓPRIO PUNHO, ainda que o documento seja entregue/enviado em cópia impressa digitalizada.**
2. **Caso este formulário seja entregue em via física, deverá ser acompanhado de fotocópia do mesmo, para que se proceda com o registro de recebimento do documento secretaria do curso.**
3. **O candidato que preencher este formulário com o Nome Social deverá apresentar, no ato da entrega do mesmo, documentos comprobatórios da alteração de registro.**

# ANEXO VI

**FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO DE VISTAS**

1. **Identificação do(a) requerente** Nome ou nome social:

Número de inscrição no processo seletivo:

Telefone fixo:

Telefone Celular:

Correio eletrônico (e-mail):

1. **Tipo de solicitação de vistas**

( ) Requerimento de vistas da correção da Etapa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do Processo Seletivo.

( ) Requerimento de cópia da correção da Etapa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do Processo Seletivo.

( ) Requerimento de envio dos registros de áudio e/ou vídeo realizados na Etapa Entrevista.

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**Observação: o candidato(a) ao fazer vistas ou receber cópias de documentos atinentes ao processo seletivo, deverá assinar o Termo de Recebimento, Sigilo e Responsabilidade.**

**TERMO DE RECEBIMENTO, SIGILO E RESPONSABILIDADE**

Declaro que obtive vista e/ou cópias dos seguintes documentos: (RELACIONAR OS DOCUMENTOS). Declaro, ainda, estar ciente de que é proibida a divulgação, por qualquer meio, no todo ou em parte, das informações e documentos a mim disponibilizados, em razão do grau de confidencialidade.

Tenho ciência de que o descumprimento, por ação ou omissão, das regras e condições constantes deste termo, sujeita o responsável às sanções cabíveis na forma da lei.

(LOCAL), em \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) candidato(a)

\*\*\*

# Observações:

1. **Este documento deve ser preenchido em editor de texto, não sendo aceito preenchimento à mão, salvo para a assinatura do candidato, que DEVE SER DE PRÓPRIO PUNHO, ainda que o documento seja entregue/enviado em cópia impressa digitalizada.**
2. **O candidato que preencher este formulário com o Nome Social deverá apresentar, no ato da entrega do mesmo, documentos comprobatórios da alteração de registro.**

**ANEXO VII FORMULÁRIO DE MATRÍCULA**

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM METODOLOGIAS DE ENSINO**

**(COM ÊNFASE NA DEFICIÊNCIA VISUAL)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Data: | | Início do curso: 05/03/2024 | |
| Turma/Ano: 2024 | | Período do curso: março/2024 a setembro/2025 | |
| Matrícula n°: | | Dias e horário das aulas: 3ª e 4ª feira, das 13h30 às 19h30 | |
| Nome Completo: | | | |
| Sexo: M ( ) F ( ) OUTRO ( )  NÃO DECLARAR ( ) | | Data de nascimento: | |
| CPF: | | RG: | |
| Área de formação: | | Profissão: | |
| Endereço: | | | |
| N°: | Complemento: | Bairro: | |
| Cidade: | | UF: | CEP: |
| Telefone celular: | | E-mail: | |

(LOCAL), em \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Assinatura do(a) discente Secretário(a) da Pós-Graduação DPPE/IBC

**ANEXO VIII**

**PROCURAÇÃO PARTICULAR**

1. **DADOS DO OUTORGANTE**

Nome ou nome social:

CPF: RG: Órgão Emissor: Endereço residencial:

CEP:

Telefone fixo:

Celular:

1. **DADOS DO OUTORGADO**

Nome ou nome social:

CPF: RG: Órgão Emissor: Endereço residencial:

CEP:

Telefone fixo:

Celular:

Pelo presente instrumento particular, o OUTORGANTE nomeia e constitui o OUTORGADO como seu procurador, a quem confere poderes para representá-lo junto ao Instituto Benjamin Constant, para o fim específico de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(ESPECIFICAR A FINALIDADE DA PROCURAÇÃO)**, podendo, para tanto, praticar todos os atos necessários para o bom e fiel cumprimento deste instrumento.

(LOCAL), em \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Outorgante

\*\*\*

# Observações

**1. Esta Procuração deverá ter a firma do outorgante reconhecida em cartório.**

**2. Para dar seguimento à finalidade desta Procuração junto ao Instituto Benjamin Constant, é imprescindível que o Outorgado apresente as originais de seu documento de RG ou outro documento oficial que tenha a inscrição de seu RG.**

**3. Este documento deve ser preenchido em editor de texto, não sendo aceito preenchimento à mão, salvo para a assinatura do Outorgante, que DEVE SER DE PRÓPRIO PUNHO, ainda que o documento seja entregue em cópia impressa digitalizada.**

**4. O(A) candidato(a) que preencher este formulário com o Nome Social deverá apresentar, no ato da entrega do mesmo, documentos comprobatórios da alteração de registro.**