

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO E DESEMPENHO FÍSICO-FUNCIONAL

Rua Eugênio do Nascimento, s/n – Bairro Dom Bosco

Juiz de Fora – MG – CEP: 36038-330 – (32) 2102-3256

E-mail: [mestrado.fisioterapia@ufjf.edu.br](mailto:mestrado.fisioterapia@ufjf.edu.br); Site: [www.ufjf.br/mcreab](http://www.ufjf.br/mcreab)

**Formulário de Inscrição 2020**

|  |  |
| --- | --- |
| Inscrição nº (preenchido pela secretaria) | Data da Inscrição |
|  | / / |

**Leia atentamente antes de preencher**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome completo | Estado Civil |
|  |  |

**Nascimento**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Data | Cidade | Estado | País | Naturalidade |
|  |  |  |  |  |

**Filiação**

|  |  |
| --- | --- |
| Pai | Mãe |
|  |  |

**Documentação**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Número do RG | Data da Expedição | Órgão Expedidor | CPF |
|  | / / |  |  |
| Título Eleitoral | Zona | Seção | Município/Estado |
|  |  |  |  |
| Documento Militar | Número | Série |  |
|  |  |  |  |

**Endereço para Correspondência**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Rua | Nº/compl. | Bairro | CEP |
|  |  |  |  |
| Cidade | Estado | Telefone | Celular |
|  |  |  |  |
| E-mail |  | | |

**Graduação**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Instituição | Faculdade/Escola | Período | | CURSO |
|  |  | De | Até |  |
|  |  |  |  |  |

**Cursos de Pós-Graduação**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Instituição | Faculdade/Escola | Período | | Curso:Habilitação ou Ênfase |
|  |  | De | Até |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Experiência Profissional**

Indicar, cronologicamente, começando pela atividade profissional mais recente.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Instituição | Período | | Tipo de Atividade |
|  | De | Até |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Conhecimento de Idiomas para Fins Acadêmicos**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Idiomas | Leitura | | | | Escrita | | | | Conversação | | | |
| Inglês | Exc | Bom | Reg | Ele | Exc | Bom | Reg | Ele | Exc | Bom | Reg | Ele |
| Espanhol |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Francês |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Relacione o quantitativo correspondente a sua produção acadêmica comprovada:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Especificação** | **Quantidade** |
| Artigos Publicados em periódicos Científicos |  |
| Artigos em outros tipos de Periódicos |  |
| Trabalhos apresentados em Congressos |  |
| Resumos publicados em Anais de Congressos |  |
| Livros Publicados |  |
| Capítulos de Livros Publicados |  |
| Monografias de Curso de Especialização |  |
| Participação em Bancas de Concursos Públicos |  |

**Assinale a linha de pesquisa na qual será desenvolvido seu projeto:**

( ) **Desempenho cardiorrespiratório e reabilitação em diferentes condições de saúde**

**( ) Processos de avaliação e intervenção associados ao sistema neuro-musculoesquelético**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Assinale indicando primeira (1ª) e segunda (2ª) opção | | |
| Nome do orientador | Campus onde desenvolve as atividades | Opção  (1ª e 2ª ) |
| Alexandre Wesley Carvalho Barbosa | GV | ( ) |
| Anderson José | JF | ( ) |
| Carla Malaguti | JF | ( ) |
| Cristino Carneiro Oliveira | GV | ( ) |
| Daniel Godoy Martinez | JF | ( ) |
| Diogo Carvalho Felício | JF | ( ) |
| Jaqueline da Silva Frônio | JF | ( ) |
| Lilian Pinto da Silva | JF | ( ) |
| **Marco Antonio Cavalcanti Garcia** | JF | ( ) |
| Maycon de Moura Reboredo | JF | ( ) |
| Paula Silva de Carvalho Chagas | JF | ( ) |

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

Assinatura do candidato(a)

Juiz de Fora, / /



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO E DESEMPENHO FÍSICO-FUNCIONAL

Rua Eugênio do Nascimento, s/n – Bairro Dom Bosco

Juiz de Fora – MG – CEP: 36038-330 – (32) 2102-3256

E-mail: [mestrado.fisioterapia@ufjf.edu.br](mailto:mestrado.fisioterapia@ufjf.edu.br); Site: [www.ufjf.br/mcreab](http://www.ufjf.br/mcreab)

**DECLARAÇÃO**

Declaro que as informações contidas na Ficha de Cadastramento dos Candidatos ao Programa de Pós-graduação – nível Mestrado em Ciências da Reabilitação e Desempenho Físico-Funcional, expressam a verdade, assim como declaro ter condições de frequentar o curso, mesmo não sendo contemplado com uma Bolsa de Estudo. Declaro ter disponibilidade de me dedicar presencialmente, no mínimo, 20 horas/semanaisàs atividades acadêmico-científicas ao programa de pós-graduação, uma vez que o curso não é modalidade EAD (i.e., à distância).

Acrescento ainda, que estou ciente das normas estabelecidas para realização do Exame de Seleção e que o prazo máximo para formação da defesa de dissertação é de 24 (vinte e quatro) meses.

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

Assinatura do (a) Candidato (a)