



PÓS-GRADUAÇÃO EM ASTRONOMIA
OBSERVATÓRIO DO VALONGO (CCMN/UFRJ)



FICHA DE INSCRIÇÃO

(Imprima, preencha todos os campos, exceto os com (*))

* N° de Registro: _____ () Mestrado () Doutorado

Nome completo: _____

Filiação: _____

Nascimento: ___/___/____ Naturalidade: _____ UF: _____

CPF: _____ Estado Civil: ()Solteiro ()Casado ()Outro

Identidade: _____ Emissão: ___/___/____ Órgão Exp.: _____ UF: _____

Título de Eleitor: _____ Zona: _____ Seção: _____ UF: _____

Certificado de Dispensa Militar: _____ Órgão: _____ UF: _____

Certificado Militar: _____ Categoria: _____ Órgão: _____ UF: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ CEP: _____ Cidade/Estado: _____

Telefone: (____) _____ e-mail: _____

Informe o nome de contato no software SKYPE: _____

Resumo escolar: graduação/pós (início, fim, título, área, instituição):

___/___/___ a ___/___/___ _____

___/___/___ a ___/___/___ _____

Orientador pretendido: _____

Bolsas Anteriores: I.C. Agência: _____ Período: ___/___/____

Mestrado: Agência: _____ Período: ___/___/____

- Solicita bolsa? () SIM () NÃO

Local e data: _____ ___/___/___

Assinatura: _____