



Coordenação de
Aperfeiçoamento de
Pessoal de
Nível Superior

Programa de Demanda Social Cadastramento de Bolsista

Instituição de Ensino Superior: **FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL**
Código: **51001012**

Programa: **SAÚDE E DESENVOLVIMENTO NA REGIÃO CENTRO-OESTE** Código: **51001012019P7**

Nível: ☐ MESTRADO ☐ DOUTORADO

DADOS CADASTRAIS:

Nome: _____

Data de Nascimento: _____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino

Nacionalidade: ☐ Brasileira ☐ Estrangeira CPF nº: _____

Se estrangeiro: Visto Permanente? ☐ Sim ☐ Não Passaporte nº _____ País: _____

VÍNCULO EMPREGATÍCIO:

Possui vínculo empregatício? ☐ Sim ☐ Não

Se possui: Tipo de Empregador: ☐ IES no país ☐ IES no exterior ☐ Empresa

Empregador: _____

Tipo de afastamento: ☐ Integral ☐ Parcial ☐ Não informado

Categoria Funcional: ☐ Docente ☐ Não Docente Situação Salarial: ☐ C/Salário ☐ S/Salário

Tempo global de serviço: _____ anos e _____ meses, em (mês/ano) _____

TITULAÇÃO: Graduação / Especialização / Mestrado / Doutorado

Maior nível de titulação obtido: _____ Ano de titulação: _____

IES de titulação: _____ País: _____

Área de titulação: _____ (ver tabela da CAPES)

DADOS BANCÁRIOS

Banco: **BANCO DO BRASIL** Nº do Banco: **001**

Nº Agência: _____ Nº Conta Corrente: _____

DADOS DO CURSO:

Ingresso do Bolsista no Curso: (mês/ano) _____ Início da bolsa: (mês/ano) _____

Tempo concedido pela IES: (em meses) 12 meses (podendo prorrogar)

BOLSAS ANTERIORES

Agência Financiadora	Nível	Início (mês/ano)	Término (mês/ano)

Campo Grande-MS, _____ de _____ de _____.

Assinatura Digital do(a) Beneficiário(a)

Assinatura Digital do(a) Beneficiário(a)

Assinatura Digital do(a) Coordenador(a)

Assinatura Digital do(a) Coordenador(a)