**FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO PARA O CURSO DE MESTRADO**

**ATENÇÃO: Preenchimento obrigatório de todos os campos dos Itens de 1 a 6 e assinatura do item 6.**

|  |
| --- |
| **1. IDENTIFICAÇÃO** |
| **Nome completo:** |
| **CPF:** |
| **Identidade:** |

|  |  |
| --- | --- |
| Endereço | Rua/Av.: |
| Número/Complemento: |
| Bairro: |
| Cidade/estado: |
| E-mail: Telefone: |
| **Opção de concorrência: ( ) Ampla Concorrência ( ) Reserva de Vagas** |
| **Indicar a linha de pesquisa pretendida:*** Processos e Controles em Ciência de Alimentos aplicados à Saúde
* Alimentos, Microbiologia e Modulação Biomolecular
* Efeitos dos Alimentos e suas tecnologias na Fisiopatologia e Nutrição
 |
| **Indicar se já desenvolve ou desenvolveu algum trabalho de pesquisa com os docentes do programa (título de projeto e nome do docente):** |
| **Informe as razões pela escolha do Curso de Pós-graduação em Alimentos e Saúde do ICA/UFMG.** |

|  |
| --- |
| **2. DADOS ACADÊMICOS** |
| ***Curso de graduação*** |
| Denominação: |
| Instituição: |
| Ano de conclusão: |

|  |
| --- |
| **3. DADOS PROFISSIONAIS** |
| Possui vínculo empregatício? ( ) Sim ( ) Não |
| Se afirmativo: |
| Empregador/Empresa: |
| Endereço (Cidade/Estado): |
| Função: |
| Será liberado pelo empregador / empresa? ( ) Sim ( ) Não |
| Se afirmativo: ( ) Com ônus ( ) sem ônus |

|  |
| --- |
| **4. PORTADOR DE NECESSIDADES ESPECIAIS** |
| É portador de necessidades especiais? ( ) Sim ( ) Não |
| ***Observações:***Se afirmativo, preencher o Formulário de Solicitação de Condições Especiais para a Realização da Prova. |

|  |
| --- |
| **5. SUPORTE FINANCEIRO PARA A REALIZAÇÃO DO CURSO** |
| Terá disponibilidade de recursos para financiar suas despesas durante o Curso?( ) Sim ( ) Não |
| Possui bolsa de estudos? ( ) Sim ( ) Não |
| ***Observações:***- A aprovação do candidato não implica necessariamente a concessão de bolsa de estudos.- O Colegiado de Pós-Graduação não concederá o trancamento de matrícula caso a justificativa seja a falta de bolsas. |
|  |
| **6. DECLARAÇÃO**Declaro que estou ciente e de acordo com as condições estabelecidas pelo Edital de Seleção 2025/1 e pela ficha de inscrição do Curso de Pós-Graduação em Alimentos e Saúde, de que as informações aqui prestadas são verdadeiras. Além disso, comprometo-me a comunicar à Secretaria do Curso, imediatamente, qualquer alteração das mesmas. Local: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |