**REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO NO PROCESSO SELETIVO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS VETERINÁRIAS – EDITAL COPCV Nº 001/2019 - TURMA 2020/1º**

Solicito inscrição no Processo Seletivo para o Curso de ( ) **Mestrado Acadêmico** ( ) **Doutorado** na linha de Pesquisa e orientador assinalados abaixo:

[ ] **SAÚDE ANIMAL**

[ ] Anestesiologia e Cirurgia

 ( ) Prof. Dr. Geison Morel Nogueira

[ ] Clínica Médica e

( ) Prof. Dr. André Luiz Quagliatto Santos

 ( ) Profa. Dra. Sofia Borin Crivelenti

 [ ] Investigação Etiológica

( ) Profa. Dra. Alessandra Aparecida Medeiros

 ( ) Profa. Dra. Belchiolina Beatriz Fonseca

( ) Profa. Dra. Daise Aparecida Rossi

( ) Profa. Dra. Anna Monteiro Correia Lima

( ) Prof. Dr. Márcio de Barros Bandarra

( ) Prof.Dr. Matias Pablo Juan Szabó

 [ ] Morfologia

( ) Prof. Dr. André Luiz Quagliatto Santos

[ ] **PRODUÇÃO ANIMAL**

 [ ] Biotécnicas e Eficiência Reprodutiva

( ) Prof. Dr. Maurício Machaim Franco

( ) Profa. Dra. Ricarda Maria dos Santos

 ( ) Prof. Dr. Marcelo Emílio Beletti

 [ ] Manejo e Eficiência de Prod.dos Animais seus derivados e subprodutos

( ) Profa. Dra. Carina Ubirajara de Faria

 ( ) Profa. Dra. Isabel Cristina Ferreira

( ) Prof. Dr. Robson Carlos Antunes

 [ ] Produção de Forragens, Nutrição e Alimentação Animal

 ( ) Prof. Dr. Gilberto de Lima Macedo Júnior

 ( ) Prof. Dr. Evandro de Abreu Fernandes

( ) Profa. Dra. Isabel Cristina Ferreira

**DADOS DO CANDIDATO**

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexo: ( )F ( )M

Data Nascimento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado Civil: ( ) Casado(a) ( )Solteiro ( ) Outros

CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Carteira de Identidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Título de Eleitor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Zona: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Seção: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fone Fixo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fone Comercial: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FORMAÇÃO ACADÊMICA**

###### GRADUAÇÃO (Nome do curso):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ANO DE CONCLUSÃO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ INSTITUIÇÃO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ENDEREÇO RESIDENCIAL**

Logradouro(R/Av): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_\_ Apto.: \_\_\_\_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CEP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cidade/UF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMAÇÕES ADICIONAIS**

Portador de necessidades especiais: ( ) SIM ( ) NÃO **Qual?** ( )Física ( ) Auditiva ( ) Visual

Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_