|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Nº USP  Recibo nº |
|  | | Para preenchimento pela secretaria |

## Inscrição em Programa de Pós-Graduação

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | Clique acima para  inserir uma foto 3X4 |
| Nome completo: | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Programa: Solos e Nutrição de Plantas | | | | | | | | | | | | | | | |
| Linha de pesquisa: | | | | | | | | | | | | | | | |
| Curso:  Mestrado  Doutorado  Doutorado Direto | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Trabalha? Instituição: | | | | | | | | Cargo: | | | | | | | |
| Cidade/Estado: | | | | | | | | Telefone: (   ) | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Raça/cor: | | | Orientação sexual: | | | | | | | Identidade de gênero: | | | | | | |
| Portador de deficiência física? Se sim, qual? | | | | | | | | | | Nacionalidade: | | | | | | |
| Data de nascimento: | | | | | Nome da mãe: | | | | | | | | | | | |
| RG: | | | | Local, órgão e data de expedição: | | | | | | | | | | CPF**:** | | |
| Passaporte (se estrangeiro): | | | | | | Órgão e data de expedição: | | | | | | | | Validade: | | |
| E-mail (será usado em caso de aprovação): | | | | | | | | | | | | | Telefone: (     ) | | | |
| Endereço: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CEP: | | Cidade: | | | | | | | Estado: | | | | País: | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cursos de nível superior realizados | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **Universidade, faculdade ou escola** | | | | | | **Local (cidade/estado)** | | | | **Período (mês/ano)** | | | | **Título obtido ou**  **a ser obtido** | |
| **Início** | **Término** | | |
|  | | | | | |  | | | |  |  | | |  | |
|  | | | | | |  | | | |  |  | | |  | |
|  | | | | | |  | | | |  |  | | |  | |
|  | | | | | |  | | | |  |  | | |  | |

No espaço abaixo, indique as razões que o levaram a inscrever-se no Curso de Mestrado/Doutorado da ESALQ/USP; mencione, também, suas aspirações quanto à utilização que pretende dar aos conhecimentos que espera conseguir no Programa.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Declaro estar ciente de que: a relação dos candidatos aceitos no processo seletivo será divulgada exclusivamente no site do Serviço de Pós-Graduação (www.esalq.usp.br/pg); não receberei nenhum comunicado pessoal, caso meu ingresso no Programa seja indeferido; se deferido, as datas de conclusão e colação de grau da graduação/mestrado devem ser anteriores ao último dia de matrícula na Pós-Graduação.   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  | /    / |  | | Assinatura do candidato | Local | Data |  | |