REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO NO MESTRADO

Nome completo:	
Data de nascimento:	
Endereço e CEP:	
Telefone/Celular:	
E-mail:	
Data:	

foto

FORMAÇÃO SUPERIOR	**Curso de graduação:**	
	Universidade:	
	Ano de graduação	
	CRMV ou equivalente:	
Tem vínculo empregatício atualmente: ( ) Sim ( ) Não		
Pretende desenvolver atividade remunerada durante o mestrado? ( ) Sim ( ) Não		
Indique abaixo se possui vínculo empregatício (estatutário) com a Secretaria da Agricultura, Pecuária e Agronegócio do Rio Grande do Sul (SEAPA): ( ) Sim ( ) Não		
Deseja concorrer à bolsa de estudos? ( ) Sim ( ) Não		
Carga horária semanal que pretende dedicar ao mestrado?		

Linha que deseja trabalhar no mestrado? ( ) Microbiologia ( ) Epidemiologia e Defesa Sanitária Animal ( ) Fisiopatologia de Doenças Animais ( ) Vetores e Doenças Vetoriais	
Orientador sugerido (opcional):	

Declaro que li o edital de seleção 001/2014 e o regimento do PPGSA estando ciente e de acordo com seu conteúdo, suas disposições e com as determinações do CPG acerca do processo seletivo, e que desejo participar da seleção de candidatos para o Mestrado em Saúde Animal.

_____

Assinatura do candidato