

Nome completo _____ Sexo: ☐ M ☐ F

STRICTO SENSU: ☐ Doutorado ☐ Mestrado ☐ Outros _____

PROGRAMA DE BOLSAS DE FORMAÇÃO EM PESQUISA ONCOLÓGICA

☐ Pesquisador Visitante

☐ Iniciação Científica

☐ Pós-Doutorado

☐ Aperfeiçoamento I

☐ Aperfeiçoamento II

☐ Pós-Residência

☐ Outros _____

Fotografia 3x4

Nome do Setor / Laboratório / Divisão _____

Período de ____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Data do Nascimento ____ / ____ / ____ Cidade _____ UF _____ País _____

Identidade nº _____ Órgão Exp. _____ Data exp. ____ / ____ / ____

Inscrição em Conselho Regional de _____ nº _____ Data exp. ____ / ____ / ____

CPF nº _____ Banco do Brasil: Agência _____ Conta nº _____

Estado Civil _____ Grupo sanguíneo _____

Em caso de acidente avisar:

Nome _____ Parentesco _____ Telefone _____

Se for estrangeiro:

País de origem _____ Cidade _____

Passaporte nº _____ Data exp. _____ Visto temporário nº _____

DADOS PARA LOCALIZAÇÃO

Endereço residencial (de origem) _____

Bairro _____ Cidade _____ UF _____ País _____ CEP _____

Telefone fixo (de origem) _____ E-mail _____

Instituição onde trabalha _____

Cidade _____ UF _____ País _____

Telefone _____ Telefone celular _____

Endereço durante o período do curso _____ Cidade _____

Bairro _____ CEP _____ Telefone _____

USO EXCLUSIVO DA PÓS-GRADUAÇÃO

☐ Bolsistas ☐ Não Bolsistas

Período da Bolsa ____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____

Valor da Bolsa R\$ _____

☐ MS

☐ FAPERJ

☐ CNPQ

☐ CAPES

☐ Outras _____

HISTÓRICO CURRICULAR

Ensino Médio (Instituição / ano de conclusão)

Graduação (Instituição / curso / ano de conclusão)

1 - _____

2 - _____

Pós-graduação (Instituição / área / ano de conclusão)

Especialização _____

Residência _____

Mestrado _____

Doutorado _____

Pós-Doc _____

DADOS DO PROJETO

Título do projeto de pesquisa _____

Faz uso de amostras humanas? ☐ Sim ☐ Não

Em caso afirmativo: Aprovado pelo Comitê de Ética? ☐ Sim ☐ Não

Submetido em: ____ / ____ / ____ Protocolo Nº _____ (Anexar carta do Comitê de Ética)

Faz uso de animais de experimentação? ☐ Sim ☐ Não

Faz uso de organismos geneticamente modificados (OGM)? ☐ Sim ☐ Não

DADOS DO ORIENTADOR / CO-ORIENTADOR

Supervisor / Orientador: _____

E-mail: _____ Tel: _____

Unidade (Divisão, Laboratório, etc) _____

Co-Orientador: _____

E-mail: _____ Tel: _____

Unidade (Divisão, Laboratório, etc) _____

Declaro serem verdadeiras as informações prestadas neste formulário.

Rio de Janeiro, ____ / ____ / ____ _____
Assinatura do aluno

Rio de Janeiro, ____ / ____ / ____ _____
Assinatura do Orientador

Recebido em ____ / ____ / ____ _____
Assinatura e carimbo da Pós-Graduação

Recebido em ____ / ____ / ____ _____
Assinatura e carimbo do Coordenador

**DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONFORMIDADE COM O NOVO
REGIMENTO DO PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM ONCOLOGIA**

Declaro, para os devidos fins, que estou ciente de que minha matrícula no curso de Programa de Pós-Graduação Stricto-Sensu em Oncologia do Instituto Nacional de Câncer está vinculada ao novo regimento, estando sujeita a todas as normas, regras e disposições nele estabelecidas.

Declaro, ainda, que tive pleno acesso ao referido regimento, compreendi seu conteúdo e concordo integralmente com as condições ali previstas, comprometendo-me a cumpri-las.

Nome do(a) aluno(a): _____

CPF: _____

Curso: _____

Ano de egresso: _____

Orientador(a)r: _____

Local e data: _____

Assinatura do(a) aluno(a): _____

O Programa de Pós-Graduação em Oncologia foi reconhecido em 14/03/2019 pela Portaria nº 609, publicado no D.O.U. de 18/03/2019
Rua André Cavalcanti, 37 – 1º andar – Centro – Rio de Janeiro – RJ – CEP: 20231-050 – Telefone: (21) 3207-6508/3207-6553 E-mail:
posgraduacao.cpq@inca.gov.br – Site: www.inca.gov.br/mestrado-e-doutorado/ppgo