

## ANEXO 1 – ESPECIALIZAÇÃO EM METAFÍSICA E CIÊNCIA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS – CCH  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO *LATO SENSU* EM METAFÍSICA E CIÊNCIA  
FICHA DE INSCRIÇÃO

Tema que pretende aprofundar	
Idiomas em que lê, escreve ou fala (indique)	

**1- Dados Pessoais:**

<b>Nome</b>						<b>Foto (recente)</b>
<b>Nacionalidade</b>	<b>Estado Civil</b>	<b>Data de Nascimento</b>	<b>Local de Nascimento</b>		<b>Sexo</b>	
			<b>Cidade</b>	<b>Estado</b>		
<b>Identidade</b>	<b>CPF</b>	<b>Título de Eleitor</b>	<b>Zona</b>	<b>Seção</b>	<b>Certificado de Reservista</b>	
<b>Filiação</b>	<b>Pai</b>					
	<b>Mãe</b>					
<b>Endereço</b>				<b>Bairro</b>		
<b>Cidade</b>		<b>Estado</b>		<b>CEP</b>		
<b>Telefone</b>		<b>E-mail</b>				

**2- Dados Acadêmicos:**

Ensino Médio	Instituição	Cidade	Período	
<b>Ano de Conclusão:</b>			<b>Início</b>	<b>Término</b>
<b>Graduação</b>				
<b>Graduação</b>				

Pós-Graduação	Instituição (sigla)	Título	Carga Horária	Período	
				Início	Término
<b>Especialização</b>					
<b>Mestrado</b>					
<b>Doutorado</b>					

**3- Dados Profissionais (ocupação atual):**

<b>Instituição</b>		<b>Cargo</b>	
<b>Área de Atuação</b>		<b>Tempo</b>	

**4- Atividade Ligada ao Magistério e/ou Pesquisa:**

<b>Instituição</b>		<b>Cargo</b>	
<b>Área de Atuação</b>		<b>Tempo</b>	

Declaro serem verdadeiras as informações acima prestadas, e aceito os critérios de seleção adotados pela Coordenação do Curso.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Candidato

## ANEXO 2 – ESPECIALIZAÇÃO EM METAFÍSICA E CIÊNCIA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS – CCH  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO *LATO SENSU* EM METAFÍSICA E CIÊNCIA

### Curriculum Vitae

#### 1. Dados Pessoais

Nome	
Filiação	
Nacionalidade	
Sexo	
Estado Civil	
Identidade	
CIC	
Título de Eleitor	
Endereço Residencial (incluir telefone e CEP)	
Endereço Profissional (incluir telefone e CEP)	

#### 2. Formação Acadêmica

Curso de Graduação (nome do curso, instituição, ano de início e de conclusão)	
<i>Pós-Graduação</i> <i>Especialização (nome do Curso instituição, duração, ano de início e conclusão)</i>	
Mestrado e Doutorado (nome do Curso, título da dissertação/tese, título obtido, ano de obtenção, instituição)	

#### 3. Atividades Profissionais

1. Indicar os cargos exercidos, especificando nome do cargo, instituição, período, disciplinas lecionadas, se pertinente.
2. Indicar outras atividades desenvolvidas, tais como: assessorias, participação em comissões, etc.

#### 4. Atividades Acadêmicas

1. Comunicações em congressos, simpósios, seminários, etc. (indicar título do trabalho apresentado, nome, data e local do evento) Usar o verso da folha.
2. Trabalhos publicados (indicar o título, editora e data da publicação)
3. Pesquisas concluídas e em andamento
4. Participação em sociedades ou associações científico-tecnológicas

#### 5. Outras Atividades (usar o verso da folha se necessário)

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

---

**ANEXO 3 – ESPECIALIZAÇÃO EM METAFÍSICA E CIÊNCIA**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS – CCH  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO *LATO SENSU* EM METAFÍSICA E CIÊNCIA**

**ANEXO 3 – FORMULÁRIO DE PORTADOR DE NECESSIDADES ESPECIAIS  
(FORMULADO DE ACORDO COM A LEI Nº 13.146, DE 06/07/2015)**

NOME DO CANDIDATO:

O candidato concorre à reserva de vaga? ( ) sim ( ) não

Qual a qualificação da deficiência do candidato?

Anexar a este formulário o laudo médico, original ou cópia autenticada, atestando a espécie e o grau ou o nível de deficiência, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doença – CID (Decreto nº 3.298/99).

O candidato precisa de atendimento especial durante a realização das provas?  
( ) sim ( ) não

Caso tenha respondido “sim”, informe quais são as condições especiais e necessárias para a realização da sua prova:

O candidato precisa de tempo adicional para a realização das provas? ( ) sim ( ) não

Caso tenha respondido “sim”, deverá anexar cópia da justificativa de parecer emitido por especialista da área de sua deficiência.

Nome e assinatura do candidato responsável pelas informações acima

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ 2017