

CADASTRO DO PESQUISADOR

APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA EM TODOS OS PEDIDOS

PESQUISADOR (não omita nem abrevie nomes)

| | |
|--|-------------|
| NOME: | |
| R.G.: | |
| SE ESTRANGEIRO, RNE: | PASSAPORTE: |
| OU OUTRO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO, TIPO: | NÚMERO: |

FORMAÇÃO ACADÊMICA (assinale apenas os cursos concluídos ou em andamento)

| | | |
|----------------------------------|-----------------------|-------------------------|
| GRADUAÇÃO | Mês e ano de início: | Mês e ano de conclusão: |
| Curso: | Duração em semestres: | |
| Instituição (**) / Entidade (*): | | |

| | | |
|----------------------------------|-----------------------|-------------------------|
| MESTRADO | Mês e ano de início: | Mês e ano de conclusão: |
| Curso: | Duração em semestres: | |
| Instituição (**) / Entidade (*): | | |
| Departamento: | | |
| Orientador: | | |
| Título da dissertação: | | |

| | | |
|----------------------------------|-----------------------|-------------------------|
| 8 CI HCF58C | Mês e ano de início: | Mês e ano de conclusão: |
| Curso: | Duração em semestres: | |
| Instituição (**) / Entidade (*): | | |
| Departamento: | | |
| Orientador: | | |
| Título da dissertação: | | |

VÍNCULO EMPREGATÍCIO

| | | |
|--|-----|-----|
| Possui vínculo empregatício com alguma Entidade? | Sim | Não |
|--|-----|-----|

SE SIM, PREENCHA OS CAMPOS ABAIXO, INDICANDO O VÍNCULO EMPREGATÍCIO ATUAL MAIS RELEVANTE.

| | |
|---|--------------------------|
| ENTIDADE (*) | |
| INSTITUIÇÃO (**) | |
| Departamento: | |
| Função Atual: | |
| Ano de Início na Entidade: | Ano de Início na Função: |
| Regime de Trabalho: | |
| Cargos ou Funções recentes, incluindo Chefias e Coordenações: | |

SE NÃO HOUVER VÍNCULO EMPREGATÍCIO, INFORME NO QUADRO ABAIXO O VÍNCULO MAIS RELEVANTE.

| |
|---|
| Entidade (*): |
| Instituição (**): |
| Departamento: |
| Tipo de vínculo (***): |
| Cargos ou Funções recentes, incluindo Chefias e Coordenações: |

SUB-ÁREAS EM QUE PODE DAR ASSESSORIA (indicar o código e o nome da sub-área - [Consulte tabela FAPESP](#))

| CÓDIGOS DE SUB-ÁREAS: | NOMES DE SUB-ÁREAS: |
|---|---------------------|
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - 0 0 - <input type="checkbox"/> | 1) |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - 0 0 - <input type="checkbox"/> | 2) |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - 0 0 - <input type="checkbox"/> | 2) |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - 0 0 - <input type="checkbox"/> | 4) |

(*) É a organização a que se vincula a Instituição. Exemplos: Universidades Estaduais Paulistas ou Federais no Estado de São Paulo, Secretarias de Estado do Governo do Estado de São Paulo;

(**) É a organização onde será desenvolvido o projeto e, em geral à qual se vincula o Pesquisador responsável. A Instituição deve ter autoridade orçamentária para garantir apoio infraestrutural. Exemplos: Faculdades, Escolas ou Institutos das Universidades Estaduais Paulistas, Centros em Universidades Federais, Institutos de Pesquisa Estaduais;

(***) Pesquisador Visitante, Pesquisador, Pós-Doutorado, Pesquisador Colaborador, etc..

PALAVRAS CHAVE, até dez, representativas para áreas de conhecimento em que atua

| | |
|-------|-------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

Endereço para correspondência (todos os campos devem ser preenchidos, mas deve ser indicado o endereço preferencial)

Acadêmico

Residencial

ENDEREÇO ACADÊMICO DO PESQUISADOR (no Brasil)

| | |
|--|----------------------------|
| Rua ou Avenida: | Nº: |
| Complemento: | CEP: |
| Cidade: | Estado: |
| Telefones: (DDD): | Telefone p/ contato (DDD): |
| FAX (DDD): | e-mail: |
| Se preferir que a correspondência seja enviada à caixa postal: Caixa Postal: | |
| CEP: | |

ENDEREÇO RESIDENCIAL (no Brasil)

| | | |
|------------------|-------------------------|------------|
| Rua ou Avenida: | Nº: | |
| Complemento: | CEP: | |
| Cidade: | Estado: | |
| Telefones (DDD): | Tel. emergencial (DDD): | FAX (DDD): |

DADOS ADICIONAIS

| | | |
|---------------------|---|---------------|
| Data de nascimento: | Sexo (M/F): | Estado Civil: |
| C.P.F.: | | |
| País: | | |
| Nacionalidade: | Nac. estrangeira: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | |
| Nome do Cônjuge: | | |
| RG do Cônjuge: | | |

PESSOA A AVISAR EM CASO DE EMERGÊNCIA

| | | |
|-----------------|--------|-------------|
| Nome: | | |
| Endereço: | | |
| Telefone (DDD): | Ramal: | Parentesco: |

ENDEREÇO NO EXTERIOR (se houver)

| |
|--|
| |
|--|

OS ENDEREÇOS ACADÊMICO/RESIDENCIAL INFORMADOS ACIMA SÃO DIFERENTES DOS ANTERIORMENTE CADASTRADOS NA FAPESP? Sim Não

LOCAL, DATA E ASSINATURA DO PESQUISADOR

| |
|--|
| |
|--|