|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMULÁRIO PARA CADASTRO DE PROFESSOR VISITANTE (estrangeiro)** | | | | | | | | |
| Este formulário deve ser entregue na Secretaria de Pós-Graduação, com **TODOS** os campos preenchidos | | | | | | | | |
| **Prof.(a) Dr.(a):** | | | | | | | | |
| **Inst. de vínculo:** | | | | | | | | |
| **Data de início (dd/mm/aa):** | | | | | | | | |
| **Se não é docente, informar qual o cargo ocupado na Inst. de vínculo:** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **Endereço residencial:** | | | | | | | | |
| **Cidade:** | | **CEP:** | | | **País:** | | | |
| **Tel. res.:** | | **Tel. cel.:** | | | | | | |
| **Tel. com.:** | | **e-mail:** | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **Nascimento (dd/mm/aa):** | | | **Localidade:** | | | | **País:** | |
| **Nome do pai:** | | | | | | | | |
| **Nome da mãe:** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **Número do Passaporte:** | Data de expedição (dd/mm/aa): | | | **Data de validade (dd/mm/aa):** | | **País/Órgão expedidor:** | | **Ano de chegada ao Brasil:** |
|  | | | | | | | | |
| **Doutor em:** | | | | | | | | |
| **Data da obtenção do título (dd/mm/aa):** | | | | | | | | |
| **Universidade de obtenção do título:** | | | | | | | | |
| **Unidade/Departamento:** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |