|  |  |
| --- | --- |
| Nome do(a) aluno(a):  Foto  3x4  colorida  E-mail (obrigatório): **-** Telefone/Ramal:  Nome do(a) Orientador(a):       - Lotação:  **Área de Concentração:**  TNA - Tecnologia Nuclear - Aplicações  TNM - Tecnologia Nuclear - Materiais  TNR - Tecnologia Nuclear - Reatores  **Ênfase em Gestão Tecnológica** Sim Não  **Nível:**  Mestrado  Doutorado Doutorado Direto  **Estágio no IPEN:** Sim Não  **Título do Plano de Trabalho: “**     **”**  **Linha de Pesquisa (verificar com orientador):**  **Projeto de Pesquisa (verificar com orientador):** | |
|  | |
| **Documentos obrigatórios que devem acompanhar este Pedido de Matrícula:**   1. 02 fotos 3x4 coloridas; 2. Cópia do CPF, Identidade e Certidão de Nascimento ou Casamento; 3. Cópia do diploma devidamente registrado ou certificado com a data de conclusão de curso de Graduação contendo a data de colação de grau, Histórico Escolar completo; 4. Cópia do diploma de Mestrado devidamente registrado ou certificado com a data de conclusão de curso do Mestrado, Histórico Escolar completo **(para alunos de doutorado)**; 5. *Curriculum* Lattes; 6. Plano de Trabalho e Avaliação do Plano de Trabalho; 7. Data de Realização do Exame de Inglês: **/    /** . | |
|  | |
| **Declaração do(a) Orientador(a)**  Aceito a incumbência de orientar o curso de Mestrado/Doutorado do(a) aluno(a) acima referenciado(a).  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do(a) Orientador(a) | **Declaração do(a) Aluno(a)**  Declaro ter conhecimento sobre as Normas e Regimento da Pós-Graduação.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do(a) Aluno(a) |
| São Paulo, 23 de novembro de 2017 | |
| **CPG IPEN/USP:** | |

**Dados Pessoais:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome:** | | | | | | | **Data de Nascimento:**   /  / | | | | | **Sexo:** | |
| **Nome do Pai:** | | | | | | **Nome da Mãe:** | | | | | | | |
| **Estado Civil:** | **Nome do Cônjuge:** | | | | | | | | | | | | |
| **Local de Nascimento:** | | | **Estado:** | | | | | | | | **País:** | | |
| **Nacionalidade:** | | Raça/Cor: | | | | | | Portador de deficiência: | | | | | |
| **Endereço:** | | | | | | | | **No** | | | | | **Complemento:** |
| **Bairro:** | | **CEP:**       - | | **Cidade:** | | | | | **Estado:** | | | | |
| **Tel. Residencial:** | **Tel. Celular:** | | | | **Tel. Recados:** | | | | | **E-mail:** | | | |
| **Pesquisa sobre o tipo de vínculo empregatício dos alunos para a CAPES:**  **Trabalho em empresa –**  **Sou servidor IPEN**  **Sou servidor de outro órgão público –**  **Sou empresário/autônomo**  **Não tenho vínculo empregatício e necessito de bolsa de estudos** | | | | | | | | | | | | | |

**Documentos:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Documento:** | | **Número:** | | | **Data de Expedição:**   /  / |
| **Órgão Expedidor:** | **Estado:** | | **Validade:**   /  / | **CPF:** | |

**Solicitação de Crachá**

|  |
| --- |
| Declaro que o(a) aluno(a) permanecerá e utilizará as dependências do IPEN para o desenvolvimento do seu plano de trabalho. Solicito a emissão de crachá eletrônico, para controle de presença, inclusão na apólice coletiva de seguro e para atender às exigências da Proteção Radiológica.  Se o(a) aluno(a) já possuir crachá, informe o número:  São Paulo, \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do(a) Orientador(a) |

Eu,      , abaixo assinado, exercendo a atividade de , no período previsto entre      /     /      e      /     /     , no plano de trabalho      , assino o presente termo de responsabilidade de sigilo, obrigo-me a não transmitir, divulgar e nem permitir que sejam transferidos ou divulgados dados ou informações que venham a ser fornecidos, produzidos ou aprimorados nas dependências do Instituto de Pesquisas Energéticas e Nucleares - IPEN, por força do citado projeto, sem anuência formal do Instituto.

Reconheço, para todos os fins, que a tecnologia, dados e informações são de propriedade desta Instituição, salvo estabelecido em instrumento legal firmado pela mesma com outras instituições e demais fatos jurídicos que estabeleçam a co-titularidade na referida Propriedade.

São Paulo, 23 de novembro de 2017.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome:** |  |
| **RG:** |  |
| **CPF:** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Assinatura e Carimbo**  **Orientador** |  | **Assinatura e Carimbo**  **Gerente do Centro** |

|  |
| --- |
| **Declaração de matrículas anteriores com desligamento**  Eu,       aluno(a) postulante à matrícula no Curso de  do Programa de Tecnologia Nuclear IPEN/USP, declaro estar ciente do artigo 53 do Regimento de Pós-Graduação da USP, de que o aluno desligado sem a conclusão do Mestrado ou do Doutorado e que for aprovado em novo processo seletivo terá seu reingresso considerado como nova matrícula. Sendo assim, informo abaixo:   1. Esta é minha primeira matrícula no Curso de Pós-Graduação na USP. 2. Já fui matriculado(a) em outro Curso de Pós-Graduação na USP, tendo sido desligado(a) sem titulação.   **Caso tenha assinalado o item 2 preencha a declaração/solicitação abaixo.** |
|  |
| **SOLICITAÇÃO DE NOVA MATRÍCULA**  Eu,      , venho solicitar à CPG do Programa de Tecnologia Nuclear a análise da minha nova matrícula e encaminho os documentos abaixo mencionados para complementar os documentos para a análise:  I – justificativa do interessado;  II – anuência do orientador.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Assinatura do Orientador** |  | **Assinatura do Aluno** |   São Paulo, 23 de novembro de 2017 |
|  |
| **SOMENTE PARA SERVIDORES DO IPEN**  **Autorização:**  Autorizo o(a) Sr.(a) candidato(a) ao curso de do Programa de Tecnologia Nuclear do IPEN, da unidade/centro       a se matricular e cursar disciplinas de Pós Graduação, de comum acordo com o orientador e a chefia.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Gerente da Unidade**  (Lotação do Servidor**)** |  | **Gerente do Centro** (Onde será desenvolvido o trabalho – se pertinente**)** | |

**ORIENTAÇÕES PARA EXAME MÉDICO-OCUPACIONAL DE INGRESSO**

1. O ALUNO DEVE TRAZER O ENCAMINHAMENTO PARA DE EXAME MÉDICO PREENCHIDO PELO ORIENTADOR E ENTREGAR NO SERVIÇO MÉDICO. SEM ESTE ENCAMINHAMENTO PREENCHIDO O EXAME NÃO SERÁ REALIZADO.
2. NO SERVIÇO MÉDICO SERÁ ENTREGUE UMA GUIA PARA REALIZAR HEMOGRAMA COMPLETO NO LOCAL QUE MELHOR APROUVER AO INDIVÍDUO;
3. PARA A CONSULTA MÉDICA, TRAZER O RESULTADO DO HEMOGRAMA E A CARTEIRINHA DE VACINAÇÃO.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Para exame médicO EXterno** | APRESENTAÇÃO DE ATESTADO MÉDICO - GEN | | |
| **Nome:** | | |
| **Lotação:** | **Telefone:** | **e-mail:** |
| **Data da Consulta**      /     /     **- Horário:** | | |
| O candidato ao estágio apresentou atestado médico podendo iniciar as suas atividades de estágio, devendo o mesmo comparecer à consulta médica a ser marcada na secretaria da GBS. | | |
| **São Paulo, \_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**  **Carimbo e Assinatura do(a) Médico(a):** | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Para exame médico interno** | REALIZAÇÃO DE EXAME MÉDICO NO IPEN - 1ª via - GBS | | | | |
| **Nome:** | | | | |
| **Lotação:** | **Telefone:** | | **e-mail:** | |
| **Tel. Residencial:** | | **Tel. Celular:** | | **Tel. Recados:** |
| **Data da Consulta**      /       /     **- Horário:** | | | | |
| Atesto para os devidos fins, que o(a) estagiário(a) supra citado(a) foi por mim examinado(a), não sendo encontrada qualquer doença infecto-contagiosa que impeça suas atividades no IPEN. | | | | |
| **APROVADO  NÃO APROVADO  AGUARDANDO PARECER FINAL**  **Observações:**  **Carimbo e Assinatura do(a) Médico(a):**  **São Paulo, \_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.** | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Para exame médico interno** | REALIZAÇÃO DE EXAME MÉDICO NO IPEN - 2ª via - GBS | | | | |
| **Nome:** | | | | |
| **Lotação:** | **Telefone:** | | **e-mail:** | |
| **Tel. Residencial:** | | **Tel. Celular:** | | **Tel. Recados:** |
| **Data da Consulta**      /     /     **- Horário:** | | | | |
| Atesto para os devidos fins, que o(a) estagiário(a) supra citado(a) foi por mim examinado(a), não sendo encontrada qualquer doença infecto-contagiosa que impeça suas atividades no IPEN. | | | | |
| **APROVADO  NÃO APROVADO  AGUARDANDO PARECER FINAL**  **Observações:**  **Carimbo e Assinatura do(a) Médico(a):**  **São Paulo, \_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.** | | | | |

**ENCAMINHAMENTO PARA EXAME MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESSO**

**VOLUNTÁRIO/ ESTAGIÁRIO/ ESTUDANTE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome do interessado: | |  | | |
| Setor de trabalho: |  | | Tempo estimado de permanência no ipen (em meses): |  |
| Tarefas que executará: | | | | |
|  | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **TIPO DE VÍNCULO COM A INSTITUIÇÃO** | |
| Voluntário | Estudante de Pós-doutorado |
| Estagiário | Projeto |
| Estudante de Iniciação Cientifica (IC) | Programa de Capacitação Institucional (PCI) |
| Estudante de Pós-Graduação (mestrado e doutorado) | Outros |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ASSINALAR OS RISCOS AMBIENTAIS PROVÁVEIS A QUE ESTARÁ SUBMETIDO:** | | |
| RADIAÇÃO IONIZANTE | CARBAMATOS | ESTERES ORGANOFOSFORADOS |
| RUIDO | ESTIRENO | MONÓXIDO DE CARBONO |
| ANILINA | BENZENO | MERCURIO INORGANICO |
| ARSENICO | ETIL BENZENO | METIL –ETIL -CETONA |
| CADMIO | FENOL | PENTACLOROFENOL |
| CHUMBO INORGÂNICO | FLUORETOS | TETRACLOROETILENO |
| CHUMBO TETRAETILA | METANOL | TOLUENO |
| CROMO HEXAVALENTE | NITROBENZENO | TRICLOROETANO |
| DIMETILFORMAMIDA | XILENO | TRICLOROETILENO |
| DISSULFETO DE CARBONO | N-HEXANO | SANGUE E SECREÇÕES |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome do orientador/ coordenador: | |  | |
| Data: | Ramal: | | Assinatura: |

**ORIENTAÇÕES PARA EXAME MÉDICO-OCUPACIONAL DE INGRESSO**

1. O ALUNO DEVE TRAZER O ENCAMINHAMENTO PARA DE EXAME MÉDICO PREENCHIDO PELO ORIENTADOR E ENTREGAR NO SERVIÇO MÉDICO. SEM ESTE ENCAMINHAMENTO PREENCHIDO O EXAME NÃO SERÁ REALIZADO.
2. NO SERVIÇO MÉDICO SERÁ ENTREGUE UMA GUIA PARA REALIZAR HEMOGRAMA COMPLETO NO LOCAL QUE MELHOR APROUVER AO INDIVÍDUO;
3. PARA A CONSULTA MÉDICA, TRAZER O RESULTADO DO HEMOGRAMA E A CARTEIRINHA DE VACINAÇÃO.