|  |
| --- |
| Nome do(a) aluno(a): Foto3x4coloridaE-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.