|  |  |
| --- | --- |
| **Nome:**     e-mail:     **O início das atividades somente será válido após a autorização do Centro de Ensino** | Cole aqui uma foto3x4 colorida |

|  |
| --- |
| Supervisor(a):      |
| Título do Plano de Trabalho:“     ” |
| Atividade do Plano Diretor:  | Lotação:  | Ramal:  |
| **Assinatura do Aluno** | **Assinatura do Supervisor** | **Assinatura Gerente de Centro ou Diretor** |

|  |
| --- |
| **CARACTERÍSTICAS** |
| [ ]  Inicial | [ ]  Novo registro |
| **Carga Horária:**[ ]  20 horas[ ]  30 horas[ ]  40 horas | **Órgão de Fomento**[ ]  CNEN [ ]  CNPq[ ]  CAPES[ ]  FAPESP[ ]  EMPRESA[ ]        |
| **Início:** **/****/** | **Previsão de Término** **/****/** |

|  |  |
| --- | --- |
| Autorizo o início das atividades**\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_** | **CEENS – Centro de Ensino** |

**CARTA RESERVA**

Eu,      , abaixo assinado, exercendo a atividade de pós-doutorando, no período previsto entre      /     /      e      /     /     , no projeto      , 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 na 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, .      de       de      .

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

Assinatura

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Assinatura e Carimbo** **Supervisor(a)** |  | **Assinatura e Carimbo** **Gerente do Centro** |

|  |
| --- |
| **FICHA DE INSCRIÇÃO** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARA USO DO CEENS** | **Número USP** | **Lotação** | **Ramal** | **Data de Início** | **Processo** |

## DADOS PESSOAIS

|  |
| --- |
| Nome:       |
| e-mail:       | Sexo: [ ]  Masc. [ ]  Fem. | Nacionalidade:       |
| Estado Civil:       | Data de nascimento:       |  |
| Cidade de Nascimento:       | Estado:       | País:       |
| Endereço:       | nº.:       |
| Complemento:       | Bairro:       | CEP.:       |
| Cidade:       | Estado:       |  |
| Tel. Residencial:       | Tel. celular:       | Tel. Recados:       |
| Nome do Pai:       | Nacionalidade:       |
| Nome da Mãe:       | Nacionalidade:       |
| Nome do Cônjuge:       | Nacionalidade:       |

ESCOLARIDADE

|  |
| --- |
| Nome do Estabelecimento:      Nome do Curso:      |
| [ ]  Curso Completo | Ano de Conclusão:       | [ ]  Curso Incompleto | Cursando ano:       |

**DOCUMENTAÇÃO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| RG: |       | PASSAPORTE: |       | Órgão Emissor: |       |
| CPF: |       | Data de Chegada ao Brasil (se estrangeiro): |      /     /      |
| Nome do(a) Orientador(a):       |
| **São Paulo,      /     /      Assinatura do candidato** |

**\***

**ENCAMINHAMENTO PARA EXAME MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESSO**

|  |
| --- |
| **Tipo de Vínculo com a Instituição** |
| [ ]  Estudante de Iniciação Científica | [ ]  Voluntário |
| [ ]  Estudante de Pós-Graduação (Mestrado e Doutorado) | [ ]  Projeto:       |
| [ ]  Estudante de Pós-Doutorado | [ ]  Estagiário -       |
| [ ]  Programa de Capacitação Institucional (PCI) | [ ]  Outros:       |

Nome do Interessado:

Setor das tarefas:

Tarefas que executará:

Tempo estimado de permanência no IPEN (em meses):

Assinalar os riscos ambientais prováveis a que estará submetido:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|[ ]  Radiação Ionizante |[ ]  Esteres Organofosforados |[ ]  Monóxido De Carbono |
|[ ]  Ruido |[ ]  Carbamatos |[ ]  N-Hexano |
|[ ]  Anilina |[ ]  Estireno |[ ]  Nitrobenzeno |
|[ ]  Arsenico |[ ]  Benzeno |[ ]  Pentaclorofenol |
|[ ]  Cadmio |[ ]  Etil Benzeno |[ ]  Tetracloroetileno |
|[ ]  Chumbo Inorgânico |[ ]  Fenol |[ ]  Tolueno |
|[ ]  Chumbo Tetraetila |[ ]  Fluoretos |[ ]  Tricloroetano |
|[ ]  Cromo Hexavalente |[ ]  Mercurio Inorganico |[ ]  Tricloroetileno |
|[ ]  Dimetilformamida |[ ]  Metanol |[ ]  Xileno |
|[ ]  Dissulfeto De Carbono |[ ]  Metil –Etil -Cetona |[ ]  Sangue e Secreções |

Supervisor(a):

Assinatura:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data: **/     /** - Ramal

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

1. O Pós-Doutorando deverá trazer a solicitação de Exame Médico preenchida pelo Supervisor e entregar no Serviço Médico. Sem esta solicitação preenchida 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.

**FICHA DE EXAME MÉDICO**

|  |
| --- |
| REALIZAÇÃO DE EXAME MÉDICO NO IPEN PARA INÍCIO DE ATIVIDADES**Para exame médico interno** |
| **Nome:**       |
| **Lotação:** | **Telefone:** | **e-mail:** |
| **Tel. Residencial:**       | **Tel. Celular:**       | **Tel. Recados:**       |
| **Data da Consulta**      /       /     **- Horário:**       |
| Atesto para os devidos fins, que o(a) estudante 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 Médico:** **São Paulo, \_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.** |

 ✂

**Para exame médico Externo**

 **(Recortar aqui e enviar para a Gerência de Ensino - GEN)**

|  |
| --- |
| APRESENTAÇÃO DE ATESTADO MÉDICO PARA INÍCIO DE ATIVIDADES |
| **Nome:**       |
| **Lotação:** | **Telefone:** | **e-mail:** |
| **Data da Consulta**      /       /      **- Horário:**       |
| O(a) pós-doutorando(a) que trouxer Atestado Médico pode iniciar as suas atividades de estudo, devendo o(a) mesmo(a) comparecer à consulta médica a ser marcada na secretaria da GBS.**São Paulo, \_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.****Assinatura:** |