**FORMULÁRIO DE CANDIDATURA PARA MOBILIDADE INTERNACIONAL**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome Completo: | Nome Social (se houver): |
|  |   |
| Gênero: | Número de Passaporte: |
| Masculino ( ) Feminino ( ) Outro ( ) |  |
| Data de Nascimento: | Naturalidade (Local de Nascimento): | Nacionalidade: |
|  |  |  |
| Endereço Residencial (Rua, Av., Trav., etc e número): |
|  |
| CEP: | Cidade: | Estado: | País: |
|   |  |  |   |
| E-mail:  | Telefone: |   |
|  |  |  |
| Contatos de emergência (Nome, Telefone e Grau de Parentesco) | Contato 1: |
| Contato 2: |
| **INFORMAÇÕES SOBRE A MOBILIDADE INTERNACIONAL** |
| Instituição de origem:  | Curso na Instituição de origem: | Semestre ou Ano cursados: |
|  |  |  |
| Curso na UFRB: | Grau acadêmico: |
|  |  Graduação ( ) Mestrado ( ) Doutorado ( ) |
| Semestre de Mobilidade na UFRB: | Período da Mobilidade na UFRB: |
|  | De: \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ de 2022 até \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_ de 202\_\_\_\_\_\_ |
| Descreva seus objetivos em querer fazer o intercâmbio: |
|  |
| Já contatou algum professor para orientar seus estudos? | Em caso positivo, informe: |
| a) Nome do/a Professor/a: |
| SIM ( ) | NÃO ( ) | b) E-mail e/ou Telefone de contato: |
| **DOCUMENTOS PARA ENVIAR COM A INSCRIÇÃO** |
| Histórico acadêmico; 01 foto 03X 04; Plano de estudos preenchido e assinado;Currículo Vitae; |
|  Cópia do Passaporte/documento de identificação;Comprovante de vacinação contra o COVID-19  |

**PLANO DE ESTUDOS**

|  |  |
| --- | --- |
| NOME |  |
| INSTITUIÇÃO DE ORIGEM (Nome e SIGLA) | PAÍS |
|   |   |   |   |
| DURAÇÃO DA MOBILIDADE NA UFRB | ESPECIFIQUE O PERÍODO DA MOBILIDADE |
| (   ) 01 Semestre  (     ) 02 Semestres  ( ) Pedido de Prorrogação | \_\_\_\_\_\_\_ de 202\_\_\_ até \_\_\_\_\_\_\_\_ de 202\_\_\_ |
| **INSTITUIÇÃO DE DESTINO (UFRB)****COMPONENTES CURRICULARES** | **COMPONENTES EQUIVALENTES NA INSTITUIÇÃO DE ORIGEM** |
| **Código** | **Nome** | Carga horária | **Código** | **Nome** | Carga Horária |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |

|  |
| --- |
| **AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL (Reservado à Instituição de origem)** |
| Nome do Coordenador do Curso: | E-mail do Coordenador: |
| Assinatura/carimbo do/a coordenador/a: |
| Data: |

|  |
| --- |
| **AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL DA UFRB** |
| Nome do Coordenador do Curso: | E-mail do Coordenador: |
| Assinatura/carimbo do coordenador: |
| Data: |

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

ASSINATURA DO/A DISCENTE