# **FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO**

# **Curso de Mestrado em Dança**

# **Dados de Identificação**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome: |  |
| Data de nascimento: |  / / | Naturalidade: |  |
| RG |  | Órgão expedidor/ UF: |  / |
| CPF |  | Título de eleitor: |  |
| Nº passaporte |  | Emitido por: | Validade: |  / / |
| Nome do pai: |  |
| Nome da mãe: |  |
| Profissão: |  |
| Endereço residencial: |  |
| Cidade: |  | UF: |  | CEP: |  |
| Telefone fixo: | Telefone celular: |
| e-Mail: |
| Possui vínculo empregatício? | Não ( ) | Sim:  | Docência ( ) | Empresarial ( ) | Prestação de serviços ( ) |
| Atuação profissional (descreva sucintamente suas experiências no mundo do trabalho mais relevantes para a formação pretendida no PPGPDAN) |
| Endereço profissional: |
| Cidade: | UF: |  | CEP: |  |
| Telefone comercial: |

# **Pessoa com deficiência e candidato estrangeiro**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pessoa com deficiência: | deficiência física ( ) deficiência visual ( ) deficiência auditiva ( ) | No caso de deficiência auditiva, assinale se necessita de intérprete de língua de sinais/língua portuguesa: ( ) sim ( ) não | Candidato estrangeiro ( ) |

**Formação acadêmica**

|  |
| --- |
| Graduação:  |
| Ano/ semestre: |  / | Instituição: |
| Pós-graduação 1 (*lato e/ou stricto sensu*) : |
| Ano/ semestre: |  / | Instituição: |
| Pós-graduação 2 (*lato e/ou stricto sensu*) : |
| Ano/ semestre: |  / | Instituição: |
| Outros cursos relevantes: |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Opções de formação**

|  |  |
| --- | --- |
| Qual sua motivação/ intenção em optar por essa formação? |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Linha de pesquisa: | ( ) Performatividades Contemporâneas | ( ) Inovações Pedagógicas em Dança e Arte | ( ) Arte, Corpo e Subjetivação |

**Declaro estar ciente de que:**

**(1) o Curso de Mestrado em Dança do Programa de Pós-Graduação em Dança Contemporânea (PPGPDAN/ FAV) é presencial, e que sua oferta na forma remota é emergencial e segue as orientação do Conselho Nacional de Educação (CNE) e do Ministério da Educação (MEC).**

**(2) o curso somente será oferecido com um mínimo de 15 alunos matriculados.**

**(3) no momento do retorno das atividades presenciais, deverei entregar a cópia autenticada dos documentos solicitados.**

|  |  |
| --- | --- |
| Local:  |  |
| Data: |  \_\_\_ /\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,  | Assinatura: |  |

**Informações para pagamento da taxa de Inscrição
 Dados para transferência bancária:
 Valor: R$200,00 - Banco: Itaú - Agencia: 0271 - Conta corrente: 03570-1 - CNPJ: 04.380.536/0001-30.
Faculdade Angel Vianna Ltda.
 Enviar comprovante de pagamento para e-mail** **coordenacaomestrado@angelvianna.com.br**