**ANEXO II**

# CURRICULUM - PROFESSOR SUBSTITUTO

1. **– DADOS PESSOAIS:**

|  |
| --- |
| **01 - NOME (sem abreviações):**  |
|  **Nome Social** (Decreto 8.727/2016): |
| **02 - ENDEREÇO:**  |
| **03 - CELULAR: ( )**  | **04 - TEL. FIXO: ( )** |
| **05 - E-MAIL:** |
| **06 - DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_** | **07- ESTADO CIVIL:**  |
| **08 - SEXO:**  |
| **09 - NATURALIDADE:**  | **10 - UF:**  |
| **11 - NOME DO PAI:**  |
| **12 - NOME DA MÃE:**  |
| **13 - IDENTIDADE:**  | **ORGÃO EXPEDIDOR:**  |
| **14 - CPF:** |

|  |
| --- |
| **CARGO: Professor Substituto** |
| **ÁREA: ( ) BIOLOGIA** **( ) FÍSICA** **( ) MEDICINA VETERINÁRIA** |
| **CAMPUS: Colorado do Oeste** |

1. **- FORMAÇÃO ACADÊMICA:**
2. **TÍTULO DE FORMAÇÃO ACADÊMICA (curso superior em nível de graduação, reconhecido pelo MEC):**

|  |
| --- |
|  **Área:** |
|  **Instituição:** |

 **b) TÍTULOS DE PÓS-GRADUAÇÃO**

**DOUTORADO**

|  |
| --- |
|  **Área:**  |
|  **Instituição:**  |

**MESTRADO:**

|  |
| --- |
|  **Área:** |
|  **Instituição:** |

**ESPECIALIZAÇÃO:**

|  |
| --- |
|  **Área:** |
|  **Instituição:** |

1. **- EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL:**

INFORMAR EM ORDEM CRONOLÓGICA REGRESSIVA, até o máximo de 05 anos, o tempo de **docência**. (Confira o Item 10 do Edital para detalhes)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ordem** | **Instituição** | **Entrada** | **Saída** (se atual, deixar em branco) |
|  |  | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |

1. **- CURSOS EXTRACURRICULARES:**

INFORMAR EM ORDEM CRONOLÓGICA REGRESSIVA, até o máximo de cinco Cursos Extracurriculares com carga horária igual ou superior às 40h, obtidos nos últimos 02 anos.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nome do Curso** | **Carga Horária** | **Data de conclusão do curso** |
|  |  | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |
|  |  | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |

**ATENÇÃO:** ANEXAR, OBRIGATORIAMENTE, OS DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS DE TODOS OS ELEMENTOS DECLARADOS.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Assinatura**