



# PEDIDOS DE ADMISSÃO AOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO

# DAR

<b>Programa Desejado:</b> <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado	<b>Inscrição para o</b> ___º semestre de _____	<b>Departamento</b>	<b>Área de Concentração</b>
---	---	---------------------	-----------------------------

<b>P D E A S D O S A I S</b>	Nome Completo:			
	Endereço Permanente:			
	CEP:	Cidade	Estado:	
	Telefone: (    )		Fax: (    )	
	Celular: (    )		E-Mail:	
	Filiação:			
	Data de Nascimento:		Estado Civil:	Sexo:
	Naturalidade:		Nacionalidade:	País de Nascimento:
Carteira de Identidade:		Órgão:	Emissão:    /    /	CPF:

### SE ESTRANGEIRO

Nº do Passaporte:	Data de Validade:    /    /	Visto Permanente: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Visto de Estudante (    )	Diplomata (    )	Trabalhador Temporário (    )	Outros:

### DADOS ESCOLARES

Quando obteve (ou obterá) Diploma de Curso Superior: Mês/Ano:

#### Resumo Escolar (a partir do Ensino Médio)

Nível	Instituição	Cidade e Estado	Início	Fim

#### IDIOMAS (Nível de conhecimento – resposta: regular, bom ou excelente)

Idiomas	Leitura	Conversação	Redação	Compreensão

#### EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL (mencionar últimos 5 anos)

Posição	Entidade	Início	Fim

#### REFERÊNCIAS (Indique duas pessoas que preencherão as folhas de referência anexas)

<b>1 - Nome:</b>
Instituição:
Endereço:
<b>2 - Nome:</b>
Instituição:
Endereço:

#### CUSTO DO CURSO (Como pretende custear seu curso?)

Empresa (indicar qual)	Convênio (indicar qual)
Recursos Próprios (    )	Outros (    )

Bolsa: \_\_\_\_\_  
 OBS: Informações sobre o Programa de Bolsas na DAR e/ou na Home Page da PUC (www.puc-rio.br)

#### DEDICAÇÃO

Regime de estudos (tempo que pretende dedicar ao curso):     Tempo Integral     Tempo Parcial:

#### LINHA DE PESQUISA (Indique a área de concentração e linha(s) de pesquisa em que pretende atuar)


OBS: Para maiores informações consulte o Catálogo de Cursos na DAR ou a Home Page da PUC-Rio

### INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Está submetendo pedido de admissão para outra Instituição? Não ( ) Sim ( ) Qual?

Já esteve matriculado, anteriormente, em curso de Mestrado: Não ( ) Sim ( ) ou de Doutorado: Não ( ) Sim ( )

**Caso afirmativo, favor informar:** a) Nome da Instituição

b) Recebeu bolsa de estudos? Sim ( ) Não ( ) c) Por quantos meses:

d) Agência Financiadora: CAPES ( ) CNPq ( ) Outra:

### DOCUMENTOS

Para que seu pedido entre em julgamento, será necessário que os documentos abaixo relacionados sejam recebidos pela Diretoria de Admissão e Registro – DAR – nos prazos estabelecidos pela Universidade. Diploma ou certificado estrangeiro deverá ser entregue com tradução juramentada.

1. Formulário do pedido de admissão	5. Certidão de Nascimento ou Casamento (cópia)
2. Diploma do curso de graduação (cópia)*	6. Uma fotografia (3 x 4)
3. Curriculum Vitae	7. Duas folhas de referência
4. Histórico Escolar	8. Diploma ou Certificado de obtenção do título de Mestre (cópia)

\* Candidato ao Mestrado: caso ainda não possua o diploma, envie um certificado de conclusão do curso de graduação. Se ainda estiver cursando o último período de graduação, inscreva-se com seu histórico escolar parcial e uma declaração de que se for aprovado nas disciplinas em que está matriculado, concluirá o curso de graduação no final do ano ou semestre. Em ambos os casos, fique desde já ciente de que a Universidade não emitirá o diploma ou certificado de obtenção do título de Mestre enquanto não for entregue o diploma de graduação devidamente registrado.

### TAXA DE INSCRIÇÃO

A taxa de inscrição é de R\$ 30,00 (trinta reais) para ex-alunos da PUC-Rio e de R\$ 40,00 (quarenta reais) para candidatos externos.

#### Formas de pagamento:

- depósito na conta 7425-X, Agência 03309-X, do Banco do Brasil, (o comprovante deverá ser entregue junto com a documentação)
- no Posto do Banco Itau, no Campus da PUC-Rio, através de requerimento obtido na DAR
- envio de cheque nominal a Faculdades Católicas, junto com a documentação

Nome completo do Candidato (em letra de forma):

Assinatura:

Data: / /

### PARECER DO DEPARTAMENTO

Aceito  Recusado

Coordenador do Programa de Pós-Graduação

Nome completo: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: / /

### CAMPO DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DA DAR

Programa:	Curso:	Área:
Centro:	Departamento:	Turno:
Matrícula:		

Remeta diretamente para o seguinte endereço:

DIRETORIA DE ADMISSÃO E REGISTRO

Seção de Pós-Graduação

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Rua Marquês de São Vicente, 225 – Gávea

CEP-22453-900-Rio de Janeiro-BRASIL