|  |  |
| --- | --- |
| **Nome:**    e-mail:  **O início das atividades somente será válido após a autorização do  Centro de Ensino** | Cole aqui uma foto  3x4 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:** | | |