



UFMG

**SOLICITUD DE REGISTRO  
RESIDENCIA POSTDOCTORAL (RPD)**

AÑO/SEM. LECTIVO DE INGRESO:

**INFORMACIÓN PERSONAL**

NOMBRE \_\_\_\_\_ CPF-CUIL \_\_\_\_\_

**SEXO**  M  F **ESTADO CIVIL**  Soltero(a)  Casado(a)  Separado(a)  Viudo(a)  No Definido

**NACIMIENTO**  
FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ PROV. PAÍS: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PADRE: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA MADRE: \_\_\_\_\_

**SITUACIÓN DE LA NACIONALIDAD**  
 Brasileño nativo  Brasileño Naturalizado  Extranjero PAÍS (si es extranjero): \_\_\_\_\_

**DOCUMENTO DE IDENTIDAD** (sólo p/brasileños) \_\_\_\_\_ EMISOR \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_

**IDENTIFICACIÓN DE EXTRANJEROS Y SITUACIÓN EN EL PAÍS**  
PASAPORTE O RNE \_\_\_\_\_ VALIDEZ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CLASIFICACIÓN DE LA VISA DE INGRESO A BRASIL \_\_\_\_\_  
CONCESIÓN DE LA VISA DE INGRESO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ VALIDEZ DE LA VISA DE INGRESO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ PRÓRROGA DE LA VISA DE INGRESO \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN** (completar con la dirección de correspondencia en Brasil)  
DIRECCIÓN (Calle, Av., Ruta, etc.) \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO \_\_\_\_\_ BARRIO \_\_\_\_\_  
CIUDAD \_\_\_\_\_ PROV. C.POSTAL \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN ADICIONAL**

¿Desea informar su raza?  Sí  ¿Cuál?      No

Cómo evalúa su capacidad para:  
1. Ver:  Incapaz  Gran dificultad permanente  Alguna dificultad permanente  Ninguna dificultad permanente  
2. Escuchar:       
3. Locomoverse:

¿Tiene alguna de las siguientes discapacidades?  
 Parálisis total permanente  Parálisis permanente de las piernas  Ninguna de las enumeradas  
 Parálisis permanente en un lado del cuerpo  Falta de pierna, brazo, mano, pie o dedo pulgar

**INFORMACIÓN SOBRE EL DOCTORADO**  
FECHA DE CONCLUSIÓN \_\_\_\_\_ CURSO \_\_\_\_\_  
INSTITUCIÓN: \_\_\_\_\_  
CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO/PROVINCIA/DISTRICTO/ETC. \_\_\_\_\_ PAÍS \_\_\_\_\_

**APROBACIÓN DE LA RESIDENCIA Y VINCULACIÓN CON LA UFMG**

[a completar exclusivamente por la **secretaría del programa de postgrado\*** en donde se realizará la residencia]

► **RESIDENCIA APROBADA EN REUNIÓN DE COLEGIADO DE POSTGRADO EL:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**CURSO DE LA VINCULACIÓN**  
CÓDIGO \_\_\_\_\_ NOMBRE \_\_\_\_\_

**PROFESOR SUPERVISOR**  
INA (opcional) \_\_\_\_\_ NOMBRE COMPLETO \_\_\_\_\_

**PERÍODO DE VINCULACIÓN**  
FECHA DE INICIO DE LA RESIDENCIA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
CONCLUSIÓN DE LA RESIDENCIA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

POR FAVOR OBSERVE LOS LÍMITES DE PLAZO PREVISTOS EN LA RESOLUCIÓN Y LAS CONDICIONES DE PRÓRROGA.

\*.TODOS LOS CAMPOS DE COMPETENCIA DE LA SECRETARÍA (EXCEPTO INA) SON DE LLENADO **OBLIGATORIO**. PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN, CONSULTAR LA RES. 02/2017-CONS. UNIVERSITARIO.

FIRMA DEL RESIDENTE  
FECHA DE LLENADO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

FIRMA DEL SECRETARIO DEL PROGRAMA  
FECHA DE SOLICITUD: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**NOTAS** [PARA USO EXCLUSIVO DEL DRCA]:

