



REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO – SELEÇÃO DE PROFESSOR SUBSTITUTO
Base Legal: Lei N. 8745/93; Lei N. 9849/99

EDITAL PROGRAD Nº: _____ EDITAL COMISSÃO ESPECIAL Nº _____

UNIDADE DA
ADMINISTRAÇÃO SETORIAL: _____

ÁREA/SUBÁREA: _____

EU, _____ (nome do candidato),
**ESTOU CIENTE QUE A RETRIBUIÇÃO POR TITULAÇÃO (RT) EXIGIDA PARA O CARGO SERÁ
DEVIDA SOMENTE COM A ENTREGA DO DIPLOMA.**

Regime de Trabalho (Carga Horária): 20 HORAS () 40 HORAS ()

DADOS PESSOAIS E DE IDENTIFICAÇÃO:

RG/ORGÃO EXPEDIDOR: _____

CPF: _____

ENDEREÇO: _____

E-MAIL: _____

TELEFONE(S): _____ CELULAR: _____

CURSO DE GRADUAÇÃO: _____

INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR: _____

ÁREA DE PÓS-GRADUAÇÃO: _____

INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR: _____

_____ – MS, ____ de _____ de _____

Responsável pela inscrição

Assinatura do candidato