|  |  |
| --- | --- |
| Este formulário contém informações que serão utilizadas no processo de matrícula nos Cursos de Pós-Graduação do Programa FGV *Management*. A FGV assume o compromisso de manter as informações aqui prestadas dentro do mais absoluto sigilo.**IMPORTANTE: A SAPIENS FGV** se reserva no direito de alterar a data de início do curso ou de cancelá-lo, na hipótese de não ser atingido o número mínimo de alunos necessários à cobertura dos custos envolvidos, sendo garantida ao aluno, sem qualquer correção, a devolução das quantias pagas. |  |
| **Como obteve informação sobre o curso?**  |
| ☐ Folders | ☐ Jornal | ☐ Outros |  |
| ☐ Internet | ☐ Indicação |  |
|  |
| **Informações sobre o curso (Para preenchimento exclusivo pela Secretaria)** |
| Instituição Conveniada: |  | Sigla: |  |
| Curso: |  |
| Turma: |  | Ano/Semestre: |  |
| Data da Matrícula: |  | Nº da Carta de Intenção: |  |
|  |
| **Informações pessoais** |
| Nome Completo: |  |
| Filiação: |  |
| Naturalidade: |  | UF: |  | Sexo: | ☐ M ☐ F |
| Nacionalidade: |  | Estado Civil: |  |
| CPF: |  | Data de Nascimento: |  |
| Identidade/Passaporte: |  |
|  |
| **Endereço residencial:** |
| Rua: |  |
| Nº: |  | Complemento: |  | CEP: |  |
| Bairro: |  |
| Município: |  | UF: |  |
| Tel: |  | Tel: |  | Cel: |  |
| Fax: |  | E-mail: |  | E-mail: |  |
|  |
| **Autoriza divulgação de seus dados pessoais:** | ☐ Sim x ☐ Não |

|  |
| --- |
| **Formação acadêmica** |
|  |
| ☐ | **Nível Superior** |
| Área de Conhecimento: |  |
| Instituição: |  |
| ☐ Graduação | ☐ Curso Superior de Tecnologia | ☐ Curso Seqüencial |
| Ano de Conclusão: |  |
|  |
| ☐ | Especialização |
| Área de Conhecimento: |  |
| Instituição: |  |
| Ano de Conclusão: |  |
|  |
| ☐ | Outros Cursos (Mestrado/Doutorado/Pós-Doutorado) |
| Título obtido: |  |
| Área de Conhecimento: |  |
| Instituição: |  |
| Ano de Conclusão: |  |
|  |
| **Informações profissionais:** |
| Instituição Empregadora: |  |
| Nº de Empregados: | 0-10 ☐ | 11-99 ☐ | 100-999 ☐ | Mais de 1000 ☐ |
| Cargo: |  | Tempo de Serviço: | anos |
| Faixa Salarial Mensal (R$): | Até 2.000,00 ☐ | 2.001,00 à 3.000,00 ☐ | 3.001,00 à 4.000,00 ☐ |
|  | 4.001,00 à 7.000,00 ☐  | + de 7.000,00 ☐ |
|  |
| **Dados do responsável pelo pagamento** |
| **1º Responsável** **(Preencher somente se for diferente do aluno)** |
| Nome: |  |
| CPF/CNPJ: |  | Pagamento: | ☐ Total | ☐ Parcial |  |
| Valor correspondente: |  |
| Responsável pelo recebimento do boleto do aluno: |  |
| Deptº./Setor: |  |
| Rua: |  |
| Nº: |  | Complemento: |  | CEP: |  |
| Bairro: |  |
| Município: |  | UF: |  |
| Tel: |  | Tel: |  | Fax: |  |

|  |
| --- |
| Declaração de autenticidade de informações e documentação |
|  |
| Declaro que são autênticos os documentos por mim apresentados, e verdadeiras as informações prestadas, no processo de matrícula para este curso. |
|  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Assinatura do Aluno |

|  |
| --- |
| Declaração de Recebimento de Documentos |
|  |
| Declaro ter recebido o Cronograma Geral e o Regulamento do Curso no qual estou matriculado, estando ciente e de acordo com as normas nele definidas. |
|  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_. |
|  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Assinatura do Aluno |

|  |
| --- |
| Declaração de compromisso de entrega de certificado |
|  |
| Declaro, nesta data, assumir o compromisso de entregar posteriormente a esta Secretaria no prazo máximo de 90 dias após o início do curso de Pós-Graduação Lato Sensu – Especialização – FGV/IDE, o diploma de ensino superior, requisito indispensável para que seja emitido o certificado de conclusão do curso referente a esta matrícula.Declaro estar ciente que não cumprimento do prazo acima estabelecido implicará na não emissão do certificado de conclusão do curso ora contratado, alterando, em consequência da não entrega do diploma de graduação, a minha condição de ALUNO REGULAR para a condição de ALUNO OUVINTE, somente tendo direito, neste caso, a uma declaração de participação, ao final do curso. |
|  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_. |
|  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Assinatura do Aluno |

|  |
| --- |
| Declaração de conferência de documentação |
|  |
| Declaro ter conferido, com o respectivo original, as cópias do Histórico Escolar e do Diploma de Ensino Superior, entregues pelo aluno no ato de matrícula: |
|  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_. |
|  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Assinatura do Coordenador Local |
| Valor total do curso: | **R$** |  |
| **(Para preenchimento exclusivo pela Secretaria)** |
| Customização do pagamento |
| Evento: |  | Nº do plano: |  |
| Quantidade: |  | Valor da parcela: |  | Descrição do plano: |  |
| Data do vencimento: |  |  |
| Intervalo: |  | Meses | ou |  | Dias |  |
| Forma de pagamento: |  |  |
| Tipo de doc: |  |  |
| Responsável: |  |  |
|  |
| Customização do pagamento |
| Evento: |  | Nº do plano: |  |
| Quantidade: |  | Valor da parcela: |  | Descrição do plano: |  |
| Data do vencimento: |  |  |
| Intervalo: |  | Meses | ou |  | Dias |  |
| Forma de pagamento: |  |  |
| Tipo de doc: |  |  |
| Responsável: |  |  |

|  |
| --- |
| Informações sobre a Certificação |
|  |
| Data da conclusão do Curso: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ |
|  |
| Data da solicitação do Certificado à FGV: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ |
|  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_. |
|  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Assinatura do Coordenador Local |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |