



FICHA DE INSCRIÇÃO

Av. Dom José Gaspar, 500 . Tel.: 3319-4343 / 3375-9397 . Coração Eucarístico . 30.535-610 . Belo Horizonte-MG . e-mail: adpucmg@pucminas.br

INSCRIÇÃO

DATA: ___ / ___ / ___

RECADASTRAMENTO

CARTEIRA Nº _____

NOME: _____

ENDEREÇO: _____

CEP: _____ BAIRRO: _____

CIDADE: _____ TELEFONE: _____

E-MAIL: _____

DEPARTAMENTO E/OU PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ONDE É LOTADO: _____

CATEGORIA: _____ NÍVEL: _____ DATA DE ADMISSÃO (PUC): ___ / ___ / ___

CONTRATO ATUAL: AULISTA (Nº DE AULAS) _____ REGIME (Nº DE HORAS): _____

TITULAÇÃO:

GRADUAÇÃO

ESPECIALIZAÇÃO

MESTRADO

DOUTORADO

CAMPUS (Marcar o que concentra maior número de horas) :

ARCOS

BELO HORIZONTE - UNIDADE:

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

BETIM

BARREIRO

POÇOS DE CALDAS

CONTAGEM

SERRO

CORAÇÃO EUCARÍSTICO

PRAÇA DA LIBERDADE

SÃO GABRIEL

Autorizo o débito em folha de pagamento do valor equivalente à metade da hora-aula da minha categoria docente, para crédito da Associação dos Docentes da PUC-MG (ADPUC).

Belo Horizonte, ____ de _____ de ____.

Assinatura do Professor

À Sociedade Mineira de Cultura
Divisão Pessoal

Autorizo o débito em folha de pagamento do valor equivalente à metade da hora-aula da minha categoria docente para crédito da Associação dos Docentes da PUC-MG (ADPUC).

Nome: _____

Departamento e/ou Programa de Pós-Graduação onde é lotado: _____

Categoria: _____

Belo Horizonte, ____ de _____ de ____.

Assinatura do Professor