**FUNDAÇÃO DE AMPARO À PESQUISA DO ESTADO DE MINAS GERAIS**



**FORMULÁRIO**

**10**

**(Versão 01/02)**

**BOLSA DE**

**INICIAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA**

**PROCESSO No**

**1 - Solicitante** (Coord. do Projeto - Caso seja também o orientador, preencher Form. 1 e 10.1 e cadastrar-se no LATTES/CNPq))

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NOME: | | | | |
| CPF: | | IDENTIDADE:: | | |
| ENDEREÇO RESIDENCIAL (RUA/AV./NO.): | | | | |
| BAIRRO: | CEP: | | CIDADE / ESTADO: | |
| TELEFONE: | FAX: | | | ENDEREÇO ELETRÔNICO: |
| INSTITUIÇÃO ONDE TRABALHA: | | | | |
| UNIDADE/DEPARTAMENTO/LABORATÓRIO: | | | | |
| TELEFONE: () | FAX: () | | | ENDEREÇO ELETRÔNICO: |
| TITULAÇÃO MÁXIMA: | | CARGO NA INSTITUIÇÃO: | | |

**2 – Orientador** (Caso não seja o Solicitante - Preencher Formulário 1 e 10.1 e cadastrar-se no LATTES/CNPq)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NOME: | | | | |
| CPF: | | IDENTIDADE:: | | |
| ENDEREÇO RESIDENCIAL (RUA/AV./NO.): | | | | |
| BAIRRO: | CEP: | | CIDADE / ESTADO: | |
| TELEFONE: () | FAX: () | | | ENDEREÇO ELETRÔNICO: |
| INSTITUIÇÃO ONDE TRABALHA: | | | | |
| UNIDADE/DEPARTAMENTO/LABORATÓRIO: | | | | |
| TELEFONE: () | FAX: () | | | ENDEREÇO ELETRÔNICO: |
| TITULAÇÃO MÁXIMA: | | CARGO NA INSTITUIÇÃO: | | |

**3- Instituição de origem do solicitante e onde será executado o plano de trabalho**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| RAZÃO SOCIAL: *Associação de Educação Saúde e Cultura* | | | | | SIGLA: *AESC* |
| ÓRGÃO/UNIDADE: *Faculdade Wenceslau Braz -FWB* | | | | | |
| DEPARTAMENTO / SETOR: *Núcleo de Estudo e Pesquisa Interdisciplinar – NEPI/FWB* | | | | | |
| CGC: *210339800002-80* | | INSCRIÇÃO ESTADUAL: *Isenta* | | | |
| ENDEREÇO (RUA/AV./NO.): *Av. Cesário Alvim, 566* | | | | | |
| BAIRRO: *Varginha* | CEP: *37501-059* | | CIDADE / ESTADO:  *Itajubá/MG* | | |
| TELEFONE: (*35* ) *36220930* | FAX: (*35* ) *36221043* | | | ENDEREÇO ELETRÔNICO: | |
| REPRESENTANTE LEGAL (NOME/CARGO):  *Débora Vitoria Alexandrina Lisboa Vilella –Diretora e Gestora* | | | | | |

**4 - Beneficiário do auxílio**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOME: | | | | | | | | |
| DATA DE NASCIMENTO:  */    /* | EXIBIR DATA DE NASCIMENTO?  *Sim Não* | | | ESTADO CIVIL: | | | | EXIBIR ESTADO CIVIL?  *Sim Não* |
| SEXO:  *M F* | IDENTIDADE: | | | ÓRGÃO EXPEDIDOR DA CI E  ESTADO: */* | | | | DATA DE EXPEDIÇÃO DA CI:  */    /* |
| PASSAPORTE: | | | | CPF: | | | | |
| ESTADO/PAÍS DE NASCIMENTO: | | | HOME-PAGE: | | | | EXIBIR ENDEREÇO RESIDENCIAL?  *Sim Não* | |
| ENDEREÇO RESIDENCIAL (RUA/AV./NO.): | | | | | | | | |
| BAIRRO: | | CEP: | | | CIDADE / ESTADO: | | | |
| TELEFONE: () | | FAX: () | | | | ENDEREÇO ELETRÔNICO: | | |

**5 - Plano de trabalho** (Anexar)

|  |  |
| --- | --- |
| TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA: | |
| FONTE(S) DE RECURSOS QUE GARANTIRÃ(O) O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA (Apresentar comprovação): | |
| PROCESSO FAPEMIG N(\*) | PERÍODO: */    /      a    /    /* |
| ÁREA DO CONHECIMENTO(\*\*): | SUBÁREA(\*\*): |
| PALAVRAS-CHAVE: | |
| RESUMO DO PLANO DE TRABALHO DO BOLSISTA (Máximo de 15 linhas): | |

(\*) Caso o Projeto seja financiado pela FAPEMIG.

(\*\*) Código de Classificação das Áreas do Conhecimento - Tabela FAPEMIG

**6 - Justificativa fundamentada da seleção e recrutamento do bolsista** (Incluir critérios adotados) (Máx. 5 linhas)

**7 - Declaração do bolsista**

*Declaro, para os devidos fins, que não recebo bolsa de qualquer espécie, paga por instituição pública ou privada, nem tenho vínculo empregatício de qualquer natureza.*

, */    /* .

ASSINATURA

**8 - Termo de responsabilidade do orientador**

*Como pesquisador membro da equipe do projeto de pesquisa, assumo o compromisso de orientar o bolsista indicado no campo 4 deste formulário no cumprimento das atividades constantes do plano de trabalho proposto.*

, */    /* .

ASSINATURA

**9 - Termo de compromisso da Instituição**

*Ciente do projeto de pesquisa, da solicitação de Bolsa de Iniciação Científica e Tecnológica - BIC*

*e do plano de trabalho a ser desenvolvido nesta Instituição, eu, seu representante legal, asseguro condições de trabalho e acesso às instalações laboratoriais, bibliotecas ou outras, imprescindíveis à realização das atividades propostas, bem como confirmo estarem assegurados os recursos necessários que garantirão o desenvolvimento da pesquisa, conforme determinado no item 5 deste formulário.*

, */    /* .

ASSINATURA E CARIMBO