



**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