|  |  |
| --- | --- |
| logo_preac_unicamp  GESTÃO ESTRATÉGICA DA INOVAÇÃO TECNOLÓGICA  Curso de Especialização – Modalidade Extensão - 364h – Sigla GEO-0600 |  |

**PROCESSO SELETIVO TURMA 10 (2019/2020) - PRÉ-INSCRIÇÃO**  
A simples inscrição não implica em garantia de vaga no curso. A Escola de Extensão se reserva o direito de proceder alterações nas disciplinas/cursos ou mesmo cancelá-los sem prévia comunicação.

A ficha de **PRÉ-INSCRIÇÃO** deve ser encaminhada juntamente com **CURRÍCULO** e **CARTA DE INTENÇÃO** para [**cursoinovacao.turma10@ige.unicamp.br**](mailto:cursoinovacao.turma10@ige.unicamp.br).

|  |
| --- |
| **DADOS PESSOAIS\*** **Nome:**  **Sexo:**   Masculino  Feminino      **País onde Nasceu:**       **RG/Passaporte:**  **Órgão/Est. ou País Expedidor:**  **Cidade onde Nasceu**:                      **Estado**:        **Data de Nascimento:**   **C.P.F (N°)**       **Endereço:**  **Estado Civil:**  **No.:**       **Compl.:**  **Bairro:**       **Cidade**:       **Estado:**       **CEP:**       **Telefone:**        **Celular:**       **Fax:**        **End.  Eletrônico   (E-mail)**:        **Como prefere ser contatado:** |

|  |
| --- |
| **DADOS PROFISSIONAIS/ESCOLARIDADE\***    **Ultima titulação**:        **Curso:**   **Instituição em que concluiu o curso:**  **Cidade onde se localiza:**            **Ano da conclusão:**   Curso de Graduação:  **Instituição em que concluiu o curso de graduação:**  **Cidade onde se localiza:**           **Ano da conclusão da graduação:**  **O Sr.(a) é:**  EMPREGADO  PROPRIETÁRIO **Cargo que ocupa atualmente:**  **Departamento:**  **Nome do Superior:**   **Tempo de experiência:** |

|  |
| --- |
| **DADOS DA EMPRESA\*  Nome:****CNPJ (N°):** **Inscr. Estadual:** **Endereço:** **No.:** **Sala:** **Bairro:** **Cidade:** **Estado:** **CEP:** **Telefone:** **Fax:**  **Nome do responsável (empresa):** **Cargo do responsável (empresa):** |
| **Pagamento em Nome\*:**  **DO ALUNO**  **DA EMPRESA** **TERCEIROS  MISTO**  **% do aluno** **%Empresa**  **%de Terceiros** |
| **Forma de pagamento\*:**  20 PARCELAS 24 PARCELAS  À VISTA |
| **CONTATO PARA PAGAMENTO (EMPRESA) Nome do responsável pelo pagamento (empresa):**  **E-mail do responsável pelo pagamento (empresa):**  **Contato telefônico do responsável pelo pagamento (empresa) ):** |

**Como tomou conhecimento sobre o curso\*:**

**Informações Adicionais:** **\*O PREENCHIMENTO DE TODOS OS ITENS É OBRIGATÓRIO.**

**\*\*ENVIE ESTA FICHA DE PRÉ-INSCRIÇÃO + UM CURRÍCULO ATUALIZADO + UMA CARTA DE INTENÇÃO DE SUA PARTICIPAÇÃO NO CURSO (1 PÁGINA – MODELO LIVRE) PARA O E-MAIL:** [**cursoinovacao.turma10@ige.unicamp.br**](mailto:cursoinovacao.turma10@ige.unicamp.br)