|  |  |
| --- | --- |
| logo_preac_unicampGESTÃO ESTRATÉGICA DA INOVAÇÃO TECNOLÓGICACurso 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**.

|  |
| --- |
| **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**