|  |  |
| --- | --- |
|  | **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:  | SIGLA:  |
| ÓRGÃO/UNIDADE:  |
| DEPARTAMENTO / SETOR:  |
| CGC:  | INSCRIÇÃO ESTADUAL:  |
| ENDEREÇO (RUA/AV./NO.):  |
| BAIRRO:  | CEP:  | CIDADE / ESTADO: |
| TELEFONE: ()  | FAX: ()  | ENDEREÇO ELETRÔNICO: |
| REPRESENTANTE LEGAL (NOME/CARGO): |

Formulário 10 - Fls. 2/3

 **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

Formulário 10 - Fls. 3/3

 **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 |