

1. DADOS DO SOLICITANTE

Nome Completo			Nacionalidade		Estado Civil	
Data Nascimento		CPF/MF		Identidade		Órgão Expedidor
Endereço Residencial				Número	Complemento	Bairro
Cidade		UF	CEP	Telefone		E-mail
Banco <input type="checkbox"/> Brasil <input type="checkbox"/> Real			Agência		Conta Corrente	
Títulos Obtidos <input type="checkbox"/> Curso técnico <input type="checkbox"/> Graduação <input type="checkbox"/> Especialização <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado <input type="checkbox"/> Pós-doutorado				Manterá vínculo empregatício com a Organização apoiada durante a vigência da bolsa? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Recebe bolsa de outra instituição? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			Nome da Instituição			
			Valor			
			R\$			
Anexar Curriculum Vitae Lattes						

2. BOLSA PLEITEADA

Categoria <input type="checkbox"/> Gerencial <input type="checkbox"/> Pesquisa <input type="checkbox"/> Desenvolvimento Tecnológico <input type="checkbox"/> Desenvolvimento Industrial <input type="checkbox"/> Gestão <input type="checkbox"/> Formação em C&T <input type="checkbox"/> Participação em evento ou atividade <input type="checkbox"/> Desenvolvimento Tecnológico e Industrial		Tipo <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> VI	Situação <input type="checkbox"/> bolsa nova <input type="checkbox"/> renovação <input type="checkbox"/> bolsa integral <input type="checkbox"/> bolsa parcial
Duração da bolsa		Data Início	Data Término

3. DADOS DA ORGANIZAÇÃO APOIADA

Nome INSTITUTO NACIONAL DE PESQUISAS ESPACIAIS		
Divisão / Unidade OBT		Sub-Unidade DPI
Endereço AV. DOS ASTRONAUTAS, 1758		CEP 12227-010
Coordenador responsável pelo bolsista ANTONIO MIGUEL VIEIRA MONTEIRO		
Telefone 3945-6513 3208-6513	Fax 3208-6468	E-mail miguel@dpi.inpe.br
Valor proposto pela Organização apoiada R\$		

4. PLANO DE TRABALHO

Título			
Palavras Chave (até três)			
Descrição do trabalho			
Resumo dos objetivos			
Atividades a serem desenvolvidas pelo bolsista			
Resultados esperados			

5. PARTICIPAÇÃO EM EVENTO OU ATIVIDADE

Nome do evento / atividade		
Local	Data Início	Data Término
Apresentação de Trabalho: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Título do Trabalho		
Descrição da Atividade		
Apoio solicitado		
<input type="checkbox"/> passagem aérea	<input type="checkbox"/> hospedagem	<input type="checkbox"/> taxa de inscrição
<input type="checkbox"/> passagem terrestre	<input type="checkbox"/> alimentação	<input type="checkbox"/> transporte

6. TERMO DE COMPROMISSO DO SOLICITANTE

Declaro conhecer o Regulamento de Bolsas de Apoio à Pesquisa e Desenvolvimento Científico, Tecnológico e Industrial, elaborado pela FUNCATE, estando plenamente de acordo com as condições ali estabelecidas para todos os efeitos e consequências de direito.

Comprometo-me a entregar à FUNCATE o Relatório Final de Atividades com a aprovação da Organização apoiada, até o 15º dia útil subsequente ao término da bolsa.

Comprometo-me ainda a, sempre que solicitado, entregar à FUNCATE Relatório Parcial de Atividades em um prazo máximo de 15 dias úteis, contados a partir do recebimento da solicitação.

Local	Data ____/____/____	Assinatura
-------	------------------------	------------

7. PARECER DO COORDENADOR RESPONSÁVEL PELO BOLSISTA

Local	Data ____/____/____	Assinatura

8. PARECER DA CHEFIA DA DIVISÃO / UNIDADE

Nome		Função
Local	Data ____/____/____	Assinatura

9. CONCORDÂNCIA DA DIREÇÃO / CHEFIA DA ORGANIZAÇÃO APOIADA

Concordo com a concessão da bolsa pleiteada.		
Nome		Função
Local	Data ____/____/____	Assinatura

10. PARECER DA COMISSÃO DE AVALIAÇÃO

Nome:		Função
Local	Data ____/____/____	Assinatura

11. DECISÃO DA FUNCATE

Local	Data ____/____/____	Assinatura