



**INSTITUTO
FEDERAL**

Sudeste de Minas Gerais

CAMPUS SÃO JOÃO DEL-REI

SELEÇÃO DE BOLSISTAS

(referente ao Edital CONIF 01/2020 – Enfrentamento à COVID-19)

O *Campus* São João del-Rei do Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais faz público o processo de seleção no Projeto Biossegurança para Profissionais da Enfermagem para o preenchimento de 3 vaga(s), de acordo com o EDITAL CONIF 01/2020 – Enfrentamento à COVID-19.

Poderão inscrever-se os(as) candidatos(as) que atenderem aos seguintes critérios:

1. Ser estudante do(s) curso(s) de Técnico de Informática do IF Sudeste de MG, *campus* São João del-Rei;
2. Estar regularmente matriculado no terceiro período do curso e ter previsão de tempo mínimo de finalização do curso de seis meses;
3. Não possuir vínculo empregatício e nem acumular outro tipo de bolsa;
4. Ter disponibilidade de 8 (oito) horas semanais;
5. Ter participado de projeto de iniciação científica ou projeto de extensão (com comprovação)

O interessado deve preencher a ficha de inscrição (modelo a seguir) cujos dados serão utilizados na seleção.

PROCESSO DE SELEÇÃO

A seleção constará de:

1. Disponibilidade de horário;
2. Histórico escolar;
3. Motivação em participar do projeto;
4. Comprovação de participação anterior em projeto de pesquisa ou extensão.

DURAÇÃO DO PROGRAMA / PAGAMENTO DE BOLSAS

A bolsa terá vigência de 4 (quatro) meses, de 10 de outubro de 2020 a 10 de janeiro de 2021, com valor mensal de R\$ 400,00 (cem reais)

ATENÇÃO: Não haverá pagamento retroativo de bolsas.

INSCRIÇÃO:

PERÍODO: 06/10/2020 até as 23:59h do dia 09/10/2020

LOCAL: enviar a ficha de inscrição para o e-mail isabel.schiavon@ifsudestemg.edu.br

SELEÇÃO:

DATA: 13/10/2020

DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS DA SELEÇÃO:

DATA: 13/10/2020

HORÁRIO: 14h

LOCAL: site do campus São João del-Rei

São João del-Rei, 05 de outubro de 2020.

Prof. Dra. Isabel Cristina Adão Schiavon
Orientadora

CAMPUS SÃO JOÃO DEL-REI

SELEÇÃO DE BOLSISTAS (referente ao Edital CONIF 01/2020 – Enfrentamento à COVID-19)

| DADOS DE INSCRIÇÃO DO(A) CANDIDATO(A) | | | |
|--|-----------------|---------------|--------------------|
| NOME DO(A) CANDIDATO(A): | | | |
| MATRÍCULA: | PERÍODO OU ANO: | | |
| CURSO: | | | |
| PROJETO: Biossegurança para profissionais da Enfermagem | | | |
| ORIENTADOR(A): Isabel Cristina Adão Schiavon | | | |
| POSSUI VÍNCULO EMPREGATÍCIO: () SIM () NÃO | | | |
| POSSUI BOLSAS DE OUTROS PROGRAMAS OU DE OUTRAS INSTITUIÇÕES: () SIM () NÃO | | | |
| PODE COMPROVAR TER PARTICIPADO DE PROJETO DE PESQUISA OU EXTENSÃO? () SIM () NÃO | | | |
| NOME DO PROJETO QUE PARTICIPOU: | | | |
| NOME DO (A) ORIENTADOR (A): | | | |
| DISPONIBILIDADE DE HORÁRIO (DIAS/HORAS): | | | |
| MOTIVAÇÃO: | | | |
| DADOS DOCUMENTAIS DO(A) CANDIDATO(A) | | | |
| CPF: | | ESTADO CIVIL: | |
| RG: | EMISSOR: | UF: | EXPEDIÇÃO: |
| DATA DE NASCIMENTO: | | SEXO: | |
| NATALIDADE: | | UF: | NACIONALIDADE: |
| ENDEREÇO RESIDENCIAL: | | | Nº: |
| COMPLEMENTO: | | BAIRRO: | |
| MUNICÍPIO: | | UF: | CEP: |
| TELEFONE FIXO/CELULAR: | | | |
| E-MAIL: | | | |
| ASSINATURA: | | | DATA: ___/___/20__ |

