



**INSTITUTO  
FEDERAL**

Sudeste de Minas Gerais

**CAMPUS São João del-Rei**

## **SELEÇÃO DE BOLSISTAS DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA** (referente ao Edital 09/2025 do PIBIC- CNPq)

O *Campus* SÃO JOÃO DEL-REI seleção para o PROGRAMA **PIBIC CNPq/IF Sudeste MG – 2025** no Projeto “Visibilidade e inclusão de pessoas com deficiência na saúde” para o preenchimento de 01 vaga, de acordo com o EDITAL 09/2025 – PROPPI.

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

1. Ser estudante do(s) curso(s) de Direito do IF Sudeste de MG;
2. Estar regularmente matriculado no primeiro ano;
3. Não possuir vínculo empregatício e nem acumular outro tipo de bolsa;
4. Ter disponibilidade de 20 (vinte) horas semanais;
5. Possuir conhecimento em língua inglesa em nível avançado (comprovar).

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. Comprovação de domínio da língua inglesa;
4. Motivação em participar do projeto;
5. Entrevista/Teste de conhecimentos específicos e aptidão.

### **DURAÇÃO DO PROGRAMA / PAGAMENTO DE BOLSAS**

A bolsa terá vigência de 12 (doze) meses, de 01 de setembro de 2025 a 30 de agosto de 2026, com valor mensal de R\$ 700,00 (setecentos reais) – CNPq.

**ATENÇÃO:** Não haverá pagamento retroativo de bolsas.

**INSCRIÇÃO:**

**DATA:** 20 e 21/08

**LOCAL:** enviar a ficha de inscrição e o comprovante de língua inglesa para o e-mail: [isabel.schiavon@ifsudestemg.edu.br](mailto:isabel.schiavon@ifsudestemg.edu.br)

**SELEÇÃO:**

**DATA:** 25/08/2025

**HORÁRIO:** 15:00

**LOCAL:** link a ser enviado por e-mail aos inscritos

**DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS DA SELEÇÃO:**

**DATA:** 26/08/2025

**HORÁRIO:** 14:00

**LOCAL:** site institucional

São João del-Rei, 19 de agosto de 2025.

## CAMPUS SÃO JOÃO DEL-REI

### SELEÇÃO DE BOLSISTAS DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA (referente ao Edital 09/2025 do PIBIC - CNPq)

DADOS DE INSCRIÇÃO DO(A) CANDIDATO(A)			
NOME DO(A) CANDIDATO(A):			
MATRÍCULA:		PERÍODO OU ANO:	
CURSO:			
PROJETO: "Visibilidade e inclusão de pessoas com deficiência na saúde"			
ORIENTADOR(A): ISABEL CRISTINA ADÃO SCHIAVON			
POSSUI VÍNCULO EMPREGATÍCIO: ( ) SIM ( ) NÃO			
POSSUI DOMÍNIO DA LÍNGUA INGLESA EM NÍVEL AVANÇADO? ( ) SIM ( ) NÃO *será necessário comprovar enviando documento			
POSSUI BOLSAS DE OUTROS PROGRAMAS OU DE OUTRAS INSTITUIÇÕES: ( ) SIM ( ) NÃO			
DISPONIBILIDADE DE HORÁRIO (DIAS/HORAS):			
MOTIVAÇÃO:			
DADOS DOCUMENTAIS DO(A) CANDIDATO(A)			
CPF:		ESTADO CIVIL:	
RG:	EMISSOR:	UF:	EXPEDIÇÃO:
DATA DE NASCIMENTO:		SEXO:	
NATURALIDADE:		UF:	NACIONALIDADE:
ENDEREÇO RESIDENCIAL:			Nº:
COMPLEMENTO:		BAIRRO:	
MUNICÍPIO:		UF:	CEP:
TELEFONE FIXO/CELULAR:			
E-MAIL:			
ASSINATURA:			DATA: __/__/20__