

**FACULDADE DE CIÊNCIAS
DEPARTAMENTO DE MATEMÁTICA E INFORMÁTICA**

Tel/Fax: (+258) 21 491912/82 9886222 email: mestrado.dmi@uem.mz

CURSO DE MESTRADO EM SIGDS

Formulário de Informação do Candidato

Parecer da Comissão

Aprovado: SIM
 NÃO

Dados Pessoais:

Nome completo _____

Curso de Graduação:

Nome do curso _____

Nome da instituição _____

Título obtido _____

Ano de início _____ Ano de conclusão _____

Local _____ País _____

Experiência Profissional:

Emprego actual _____

Cargo _____ Local _____ Ano de admissão _____

Outras informações:

1. É Docente?

- Sim

Se sim, nome da Instituição _____

- Empregado

Empresa/Instituição _____

(Anexar a carta do Empregador com os termos de autorização, se for o caso.)

- Conta própria Sem emprego

2. Indique o(s) motivo(s) da sua decisão em frequentar o Curso de Mestrado

3. Possui alguma experiência em investigação?

(Descreve sucintamente caso seja positivo)

4. Por que Razão escolheu o Curso de Mestrado em SIGDS?

5. Que tema de investigação pretende desenvolver?

6. Como pretende aplicar os conhecimentos a serem adquiridos no Curso?

Assinatura do Candidato
