

## Formulário de Inscrição

Preencher manualmente ou no computador e enviar somente esta página para o endereço de email [braillecran@gmail.com](mailto:braillecran@gmail.com)

Nome: \_\_\_\_\_

\*Posição e Área Pretendida: \_\_\_\_\_

\*Favor usar os nomes constantes na tabela de vagas.

Nível de Formação em andamento: ( ) Graduando ( ) Mestrando ( ) Doutorando

Curso: \_\_\_\_\_

Instituição de Ensino: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\*Breve descrição de experiência para a vaga pretendida:

\*Não é critério de eliminação, mas dada a natureza do projeto é altamente recomendável apresentar experiência com Sistema Braille

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_