|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS****CCTS - CENTRO DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIAS PARA A SUSTENTABILIDADE****PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA** **DOS MATERIAIS – PPGCM-So**Rodovia João Leme dos Santos, km 110, Bairro Itinga CEP 18052-780 - Sorocaba - São Paulo – Brasil**ppgcm@ufscar.br / www.ppgcm.ufscar.br** |   |

**Anexo E**

**Termo de Solicitação e Responsabilidade para Aplicação de Prova de Conhecimentos Específicos para Processo Seletivo fora de Sede**

**(somente para candidatos que solicitam prestar o processo seletivo fora de Sorocaba)**

Eu, Prof. (a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, da Instituição \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, da cidade de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do Estado de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, solicito autorização do Programa de Pós- Graduação em Ciência dos Materiais / PPGCM-So, da Universidade Federal de São Carlos, campus Sorocaba, para aplicar a Prova de Conhecimentos Específicos referente ao Processo seletivo para o candidato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador do R.G. nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, assumindo total responsabilidade e estando de acordo com as seguintes regras:

i) A prova deverá ser aplicada no horário estabelecido pela Comissão de Seleção;

ii) A prova será individual e realizada sem consulta de material bibliográfico;

iii) Permitido o uso de calculadora comum ou científica sem editor de texto.

iv) É proibido o uso de celulares, smartphones ou outros aparelhos eletrônicos.

v) Após o término da prova o responsável (docente) deverá encaminhar a prova do candidato escaneada para o email: ppgcm@ufscar.br até uma hora depois do horário estipulado; e posteriormente deverá enviar a via original pelo correio via Sedex.

vi) A solicitação só será válida após o recebimento dos documentos descritos no Edital para a efetivação da inscrição.

vii) o solicitante se compromete em oferecer as condições para aplicação do exame como; sala reservada.

Sorocaba, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Docente responsável