**FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**Caixa Postal: 3037 CEP: 37200-900 Lavras – MG**

**Tel: (35) 3829-9707 E-mail: posgraduacao.fcs@ufla.br**

**Plano Individual de Estudos**

**Aluno:**

**E-mail:**

**Matrícula:**

**CPF:**

**Área de Concentração:**

**Linha de Pesquisa:**

**Data de Início do Curso:**

**Data Provável de conclusão do curso (mês/ano):**

**Comitê de Orientação**

**Orientador:**

**Co-orientador (se houver):**

De acordo:

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

Discente Orientador

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **SEMESTRE I** | | | | |
| **Código** | **Disciplina obrigatória (Sim ou Nâo)** | **Nome da disciplina** | **Área de concentração** | **Créditos** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **SEMESTRE II** | | | | |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **SEMESTRE III** | | | | |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **SEMESTRE IV** | | | | |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Aprovado no Colegiado em: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Coordenação do Programa