

UNIVERSIDADE FEDERAL DE LAVRAS

**FAELCH - PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO**

**FORMULÁRIO PARA CADASTRAMENTOMENTO DE COORIENTADOR**

|  |  |
| --- | --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO DISCENTE** | |
| Número de matrícula: |  |
| Nome do(a) aluno(a): |  |
| E-mail: |  |
| Programa: |  |
| Orientador(a): |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO COORIENTADOR** | |
| **Nome Completo:** |  |
| **CPF:** |  |
| **Função:** |  |
| **Área de atuação/ CAPES:** |  |
| **Instituição/Empesa:** |  |
| **Email:** |  |
| **Telefone:** |  |
| **Data de início da coorientação:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DE COORIENTADOR ESTRANGEIRO** | |
| **Nome Completo:** |  |
| **CPF ou Passaporte:** |  |
| **Função:** |  |
| **Área de atuação/CAPES:** |  |
| **Instituição:** |  |
| **Email:** |  |
| **Telefone:** |  |
| **Data de início da coorientação:** |  |
| **Data de Nascimento:** |  |
| **Nacionalidade:** |  |
| **Ano de Titulação:** |  |
| **Instituição:** |  |
| **País da Instituição:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **JUSTIFICATIVA** | |
| **O(A) discente acima identificado(a) solicita ao Colegiado do PPG o credenciamento de coorientador pelas razões a seguir expostas:** | |
| **Assinatura do(a) discente(a):** |  |
| **Assinatura do(a) orientador(a):** |  |
| **Assinatura do(a) coorientador(a):** |  |
| **Data da Solicitação:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **PARECER DO COLEGIADO** | |
| ( ) DEFERIDO  ( ) INDEFERIDO  Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura | **JUSTIFICATIVA:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |