

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( ) INDEFERIDOData: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura  | **JUSTIFICATIVA:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |