FORMULÁRIO DE INDICAÇÃO – PROJETO DE DOUTORADO

|  |
| --- |
| Acadêmico(a):  |
| Título do Projeto de Tese:  |
| Orientador(a):  |
| Coorientador(a):  |

 Conforme o § 6º do Art. 1º da Resolução nº 14/2015 (CPOS-BIV/CCBS) e o Art. 63, *caput*, da Resolução nº 849/2024 (COPP/UFMS), bem como as orientações prestadas pela Coordenação do Programa; a presente solicitação deverá ser realizada mediante envio de formulário específico à Secretaria.

|  |
| --- |
| DADOS DO(A) MEMBRO(A) DA COMISSÃO DE ANÁLISE E ACOMP. DE PROJETOS |
| Nome Completo:  | Data de Nascimento:  |
| Instituição atual/Setor:  | Matrícula SIAPE:  |
| E-mail:  | CPF:  |
| Celular:  | Ramal:  |
| TITULAÇÃO DO(A) MEMBRO(A) |
| Nível:  | Curso:  |
| Instituição de ensino/Sigla:  |
| Ano de início:  | Ano de término:  |

|  |
| --- |
| DADOS DO(A) MEMBRO(A) – TITULAR EXTERNO(A) AO PROGRAMA |
| Nome Completo:  |
| Data de Nascimento:  |
| Instituição atual/Setor:  | Matrícula SIAPE:  |
| E-mail:  | CPF:  |
| Celular:  | Ramal:  |
| TITULAÇÃO DO(A) MEMBRO(A) |
| Nível:  | Curso:  |
| Instituição de ensino/Sigla:  |
| Ano de início:  | Ano de término:  |

|  |
| --- |
| DADOS DO(A) MEMBRO(A) – SUPLENTE |
| Nome Completo:  | Data de Nascimento:  |
| Instituição atual/Setor:  | Matrícula SIAPE:  |
| E-mail:  | CPF:  |
| Celular:  | Ramal:  |
| TITULAÇÃO DO(A) MEMBRO(A) |
| Nível:  | Curso:  |
| Instituição de ensino/Sigla:  |
| Ano de início:  | Ano de término:  |