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: |