REQUERIMENTO DE INCLUSÃO DE COORIENTAÇÃO

|  |
| --- |
| Acadêmico(a): |
| Título da Dissertação/Tese: |
| Orientador(a): |

Conforme os dispostos no Art. 15 da Resolução nº 849/2021 (COPP/UFMS), bem como as orientações prestadas pela Coordenação do Programa; a presente solicitação deverá ser realizada mediante envio de formulário específico à Secretaria: *“Art. 15. [...] Parágrafo único. O prazo para oficializar a coorientação do estudante deverá ocorrer, no máximo, até doze meses para o Mestrado e vinte e quatro meses para o Doutorado. ”*

**ANEXO I – JUSTIFICATIVA DE INDICAÇÃO**

De Prof.(a):

Para: Colegiado de Curso do Programa de Pós-Graduação em Biologia Vegetal da UFMS

Assunto: Inclusão de coorientadores

JUSTIFICATIVA

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

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

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

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

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Assinatura do(a) Acadêmico(a) | Assinatura do(a)  Orientador(a) | Assinatura do(a) Coorientador(a) |
|  |  |  |
| Campo Grande – MS, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_. | | |

**ANEXO II – FORMULÁRIO DE DADOS CADASTRAIS**

|  |  |
| --- | --- |
| DADOS PESSOAIS DO(A) COORIENTADOR(A) PROPOSTO(A) | |
| Nome Completo: | E-mail: |
| CPF: | Data de Nascimento: |
| Celular: | Ramal: |
| Instituição atual/Setor: | Área de Especialidade: |
| DADOS RESIDENCIAIS | |
| Cidade/Estado/País: | CEP: |
| Logradouro/Nº da Residência: | Bairro: |
| DADOS ACADÊMICOS | |
| Nível (Mestrado ou Doutorado): | Curso: |
| Instituição de ensino/Sigla: | |
| Ano de início: | Ano de término: |