|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ministério da Saúde  **FIOCRUZ**  Fundação Oswaldo Cruz  **Instituto René Rachou –** **FIOCRUZ MINAS**  Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva | **SECRETARIA DE ENSINO** | |
| **REQUERIMENTO CREDENCIAMENTO**  **DE COORIENTAÇÃO** | | | |
| **IDENTIFICAÇÃO** | | | |
| Aluno(a): | | | Telefone: |
| Mestrado ( ) Doutorado ( ) Ingresso (ano/semestre): | | | |
| Linha de Pesquisa: | | | |
| Orientador(a): | | | |
| Título do Projeto de dissertação/tese: | | | |
| **JUSTIFICATIVA (**Consultar as qualificações exigidas conforme Item 2 da Resolução PPGSC no 1/2021. Detalhar abaixo a formação ou experiência profissional/acadêmica do/a indicado/a compatível com o projeto de dissertação ou tese e que sejam **complementares às do/a orientador/a)** | | | |
|  | | | |
| **DADOS COORIENTADOR(A) A SER CREDENCIADO (A):**  Nome completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Data de Nascimento: \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Telefone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Endereço *Curriculum* *Lattes*:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do Orientador(a) Assinatura do Coorientador(a)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do Aluno(a) Data: \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |