|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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: \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ |