

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Pró-Reitoria de Pós-Graduação

Assessoria Acadêmica – Telefones: 3499-4042 ou 3499-4536 - Fax: 3499-4044  
Site: <http://www.ufmg.br/prpg/assessoria.htm> - E-mail: [aacad@prpg.ufmg.br](mailto:aacad@prpg.ufmg.br)

**CRENCIAMENTO DE DOCENTE DE PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO**

**1 – IDENTIFICAÇÃO DO PROGRAMA**

Nome: PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

Coordenador: ISABELA ALMEIDA PORDEUS

**2 – TIPO DE CRENCIAMENTO: COORIENTAÇÃO**

2.1 -  **Docente Permanente** (Validade de 3 anos)

Mestrado  Doutorado

2.2 -  **Docente Colaborador** (Validade de até 3 anos) - Início: / / Término: / /

Mestrado  Doutorado

**3 – IDENTIFICAÇÃO DO DOCENTE DA UFMG**

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

INA: \_\_\_\_\_

BOLSITA CNPQ: ( ) SIM ( ) NÃO

Departamento de Origem: \_\_\_\_\_

Categoria Funcional (\*\*): \_\_\_\_\_ Regime de Trabalho: \_\_\_\_\_

Titulação: \_\_\_\_\_ Obtido em: \_\_\_\_\_

Instituição de Obtenção: \_\_\_\_\_ País/UF: \_\_\_\_\_

(\*) Data de Aprovação no Departamento: \_\_\_\_\_

Informar em se tratando do primeiro credenciamento. **Anexar documento de aprovação.**

(\*\*) Prof. Aposentado – Data de aprovação do Termo de Adesão de trabalho voluntário: / /

**4 – IDENTIFICAÇÃO DO DOCENTE EXTERNO À UFMG**

CPF: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Local de Trabalho: \_\_\_\_\_

Titulação: \_\_\_\_\_ Obtido em: \_\_\_\_\_

Instituição de Obtenção: \_\_\_\_\_

**5 – APROVAÇÃO DO COLEGIADO DO PROGRAMA**

Data da reunião: / /

Assinatura do Coordenador e

Carimbo de Identificação: ⇒

Data: / /

**6 – PARA USO EXCLUSIVO DA CÂMARA DE PÓS-GRADUAÇÃO**

**Tipo de Credenciamento Aprovado:**

**PERMANENTE** [ ]

**Mestrado** [ ]

**Doutorado** [ ]

**COLABORADOR** [ ]

**Mestrado** [ ]

**Doutorado** [ ]