

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

CRENCIAMENTO DE DOCENTE DE PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO

1 – IDENTIFICAÇÃO DO PROGRAMA

Nome: PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA – MESTRADO PROFISSIONAL
Coordenador: ISABELA ALMEIDA PORDEUS

2 – TIPO DE CRENCIAMENTO: ORIENTAÇÃO

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 [] **COLABORADOR** []

Mestrado [] **Mestrado** []

Doutorado [] **Doutorado** []