

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação
Credenciamento Docente

Nome do Docente: _____

Departamento: _____

Unidade: _____

Data da Solicitação: _____

Tipo de Solicitação: Credenciamento Recredenciamento

Solicitação para Orientação*: Mestrado Doutorado

**Segundo critérios definidos para credenciamento e recredenciamento como orientador de Mestrado e/ou de Doutorado, especificados na Resolução vigente do Colegiado de PG*

Linha(s) de Pesquisa: 1) _____

2) _____

Produção Científica (de acordo com os critérios especificados na resolução):

Contribuição docente no Ensino da P.G (Disciplinas/carga horária):

Aprovação (atende critérios da Resolução para o credenciamento?):

Sim Não

Data da Reunião de Colegiado de Pós-Graduação: _____