



SOLICITAÇÃO DE CO-ORIENTAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO DISCENTE

Nome Completo	Registro
Curso	
<input type="checkbox"/> Mestrado	<input type="checkbox"/> Doutorado

Orientador:	
Co-Orientador:	

RESERVADO AO ORIENTADOR

Declaro, ao Colegiado de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG, minha anuência para a inclusão da co-orientação do(a) discente acima.

Data: ____/____/____

Assinatura do Orientador

RESERVADO AO CO-ORIENTADOR

Declaro, ao Colegiado de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG, minha anuência para co-orientar o(a) discente acima.

Data: ____/____/____

Assinatura do Co-Orientador

REUNIÃO DE COLEGIADO - Avaliação da solicitação

Aprovado

Reprovado

Reunião de ____/____/____

Observações: _____

SECRETARIA CPGCR - Registro no Sistema Acadêmico

1º: Menu > Aluno > Orientação > Lançar Orientandos do Co-Orientador

Lançamento efetuado em ____/____/____ por _____