



SOLICITAÇÃO DE CO-ORIENTAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO DISCENTE

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

IDENTIFICAÇÃO DO ORIENTADOR

Nome Completo

IDENTIFICAÇÃO DO CO-ORIENTADOR

Nome Completo	E-mail
Instituição	

Declaramos ao Colegiado de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG, que estamos de acordo com a inclusão da co-orientação do(a) discente acima. Submetemos à aprovação.

Data: ___/___/___

Assinatura do Orientador

Data: ___/___/___

Assinatura do Co-Orientador

REUNIÃO DE COLEGIADO - Avaliação da solicitação

<input type="checkbox"/> Aprovado	<input type="checkbox"/> Reprovado	Reunião de ___/___/___
Observações: _____		

SECRETARIA CPGCR - Registro no Sistema Acadêmico

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

Lançamento efetuado em ___/___/___ por _____