**Solicitação de Credenciamento de Coorientador**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nº USP / Docente Solicitante:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nº USP / Docente Coorientador:**  (Anexar cadastro do docente) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nº USP / Aluno:** |  |
| **Data de matrícula:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Título do Projeto de Pesquisa:** |  |

**Área de Concentração: ( ) Medicamentos e Cosméticos**

**( ) Produtos Naturais e Sintéticos**

**1. Nível de credenciamento solicitado**

|  |
| --- |
| [ ] Mestrado (24 meses) [ ] Doutorado (48 meses) [ ] Doutorado Direto (60 meses) |

**2. Expertise do/a coorientador à área do Programa**

|  |
| --- |
| Indicar objetivamente as qualificações do coorientador demonstrando sua experiência, expertise e competência em área específica não pertencente à área de domínio do orientador. |

**3. Justificativa circunstanciada do orientador para Credenciamento de Coorientação**

|  |
| --- |
| Justifique a necessidade de inserção do coorientador no projeto do aluno, bem como os tópicos do projeto que serão de responsabilidade do coorientador. Neste caso, o projeto de pesquisa do aluno deve ser enviado para instruir o processo. |

**4. Atendimento ao Regulamento do Programa**

|  |
| --- |
| Pontue cada item exigido no regulamento do PPG em Toxicologia, citando explicitamente o(s) item(ns) que comprove(m) o atendimento aos requisito.  - A solicitação de credenciamento de coorientador deverá ser encaminhada no máximo até 80% do prazo regular do curso de Mestrado / Doutorado ou Doutorado Direto (§ 5º Artigo 81 Regimento Pós-Graduação). |
| **Outros documentos que compõe a solicitação:**  - Projeto de Pesquisa do aluno, em pdf;  - Currículo Lattes (atualizado) ou Currículum vitae do coorientador, se for do exterior;  - Docente coorientador do exterior, anexar cópia do título de doutor;  - Cadastro do docente;  - Docente ou pesquisador vinculado a Instituição de Ensino e Pesquisa do exterior, portador do título de Doutor, que participe efetivamente na supervisão de aluno, pode ser credenciado como orientador ou coorientador do respectivo aluno, sem a necessidade de equivalência ou reconhecimento do título de Doutor. Nestes casos não se aplica o prazo disposto no § 5º do artigo 81. |

**Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**

**Nome / Assinatura Solicitante: Prof(a). Dr(a).**

**De acordo:**

**Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**

**Nome / Assinatura Coorientador(a): Prof(a). Dr(a).**

**Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**

**Nome / assinatura aluno(a):**

Visiting Professor Form

***Please fill out this section entirely and return to this office***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Name: | | | | | | | |
| Mother´s Name: | | | | | | | |
| **Date of Birth: / /**  (month) / (day) / (year) | | | | | | | |
| City of Birth: | | | State of Birth: | | | Country of Birth: | |
| Passport Number: | Country passport was issued: | | | | Date passport was issued: / /  (month) / (day) / (year) | | |
| Home Address: | | | | | | | |
| City: | | | | State: | | | |
| Zip code: | | | | | | | |
| Institution: | | | | | | | |
| Institution Address: | | | | | | | |
| Zip code: | | E-mail: | | | | | Telephone: |
| Date doctoral degree was obtained: \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ ; at the University:  (month) / (day)/ (year) | | | | | | | |

Cadastro de Docente

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome: | | | | | | |
| Nome da Mãe: | | | | | | |
| Data de Nascimento: | | | | | | |
| RG: | Órgão Expedidor: | | | | Data de Emissão: | |
| CPF: | Estado Civil: | | | | | |
| E-mail: | | | | Telefone contato: | | |
| Instituição a que pertence: | | | | | | |
| Telefone Trabalho: | | | Depto: | | | |
| Endereço instituição: | | | | | | |
| Bairro: | | Cidade: | | | | UF: |
| CEP: | | | | | | |