**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:  |