**Solicitação de Credenciamento de Orientador Externo (Específico)**

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Nº USP / Aluno:** |  |
| **Título do Projeto de Pesquisa do Aluno:** |  |

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

 **( ) Produtos Naturais e Sintéticos**

**1. Nível de credenciamento solicitado**

|  |
| --- |
| [ ] Mestrado [ ] Doutorado |

**2. Aderência do/a solicitante à área do Programa**

|  |
| --- |
| Descreva a sua justificativa circuntanciada ao Programa. Indicar quanto a contribuição inovadora do projeto para o programa, situação funcional e vínculo institucional com a IES (com a vigência) linha de pesquisa (português e inglês), prover condições materiais e financeira e os endereços eletrônicos de cadastro no *ResearchID* e ORCID. |
|  |

**3. Contribuição do/a solicitante ao Programa**

|  |
| --- |
| Descreva como você pode contribuir ou contribui com o Programa. Relação de suas atividades com as linhas e os grupos de pesquisa do Programa, a relação da linha de pesquisa com projetos financiados, publicação com discentes, disciplinas (oferecimento e demanda de alunos), alunos ativos e concluídos, evasão de alunos e contribuição nas atividades do programa (parecer, processo seletivo e outros), com base nos últimos 4 (quatro) anos. |
|  |

**4. Atendimento ao Regulamento do Programa**

|  |
| --- |
| Pontue cada item exigido no regulamento do PPG em Ciências Farmacêuticas, citando explicitamente o(s) item(ns) do seu currículo que comprove(m) o atendimento ao requisito, com base nos últimos 4 (quatro) anos. |
|  |
| **Outros documentos que compõe a solicitação:**- Currículo Lattes (atualizado) ou *Currículum vitae*, se for do exterior;- Manifestação de um docente da IES, com anuência do chefe do departamento ou equivalente, demonstrando concordância quanto a utilização do espaço para o desenvolvimento da orientação solicitada e à manutenção das condições para a execução do projeto do aluno.  |

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

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