**Solicitação de Credenciamento de Orientador Específico**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nº USP / Docente Solicitante:** |  |
| [ ] Solicitante Interno(a) à USP [ ]Solicitante Externo(a) à USP |

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

**1. Nível de credenciamento solicitado**

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

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

 **( ) Produtos Naturais e Sintéticos**

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

|  |
| --- |
| Descrever como poderá contribuir junto ao programa e suas qualificações, pontuando: o título e resumo da linha de pesquisa (português e inglês), compatível com as propostas do programa, bem como sua produção científica dos últimos 4 anos, prover condições materiais e financeira, propor disciplinas a serem ofertadas no Programa e os endereços eletrônicos de cadastro no *ResearchID* e ORCID. Identificação do vínculo do solicitante com a IES. |
|  |

**3. 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. |
|  |

|  |
| --- |
| Outros documentos que compõe a solicitação:- Projeto de Pesquisa do aluno;- Cadastro docente, no caso docente externo à USP;- Currículo Lattes (atualizado) ou Curriculo vitae, no caso de estrangeiro. |

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

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

**De acordo aluno(a)**

**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:  |