

SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO/ALTERAÇÃO/EXCLUSÃO DE COORIENTAÇÃO

(Preencher com letra de imprensa ou digitar os dados)

Orientador: _____

Aluno: _____

Mestrado Profissional em Pesquisa Clínica Ano de Entrada: _____

Título do Projeto de Pesquisa: _____

() Inclusão () Alteração () Exclusão Data: ____/____/____

Coorientador (a): _____

CPF: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

RG: _____ Órgão Expedidor: _____ Data de Expedição: ____/____/____

Telefones contato (obrigatório): _____

E-mail (obrigatório): _____

Titulação: _____ Ano da Titulação: _____

Instituição da Titulação: _____

Instituição de vínculo de trabalho: _____

Vinculado a PPG da Instituição: () Sim () Não Qual? _____

Justificativa: _____

() Anexar o currículo lattes atualizado com produção do último quadriênio (**EXCETO DOCENTES PERMANENTES DO PROGRAMA**)

Orientador(a)

Coorientador(a)

Aluno(a)

Rio de Janeiro, ____/____/____

Parecer da Coordenação da Pós-Graduação

Resultado: () Deferido () Indeferido

Obs.: Em caso de indeferimento justificar _____

Rio de Janeiro, ____/____/____

Coordenação do Programa