**INCLUSÃO DE COORIENTADOR(A)  
(OBRIGATÓRIO ENTREGAR FORMULÁRIO PREENCHIDO DIGITALMENTE,**

**SALVO EM PDF E ENVIADO PARA** [**posdip.famed@ufms.br**](mailto:posdip.famed@ufms.br)

|  |
| --- |
| **IMPORTANTE:** Anexar a este pedido a primeira folha do currículo Lattes do(a) coorientador(a) pretendido(a). **(somente para profissionais externos ao Programa).** |

Ao CPOS/DIP/FAMED

|  |  |
| --- | --- |
| Data: Campo Grande,(formato: dd/mm/aaaa) | Nível: **( ) MESTRADO**  **( ) DOUTORADO** |
| Aluno(a): | RGA: |
| Orientador(a): | |
| Título do projeto: | |

Dados do(a) Coorientador(a) pretendido(a):

|  |
| --- |
| Nome Completo: |
| ( ) Docente do PPGSD ( )Docente ou Servidor(a) da UFMS ( )Profissional Externo  Outros: |
| Se profissional externo / Outros, obrigatório preencher: CPF:E-mail:Vinculo Institucional: |

|  |
| --- |
| **JUSTIFICATIVA:** |

|  |  |
| --- | --- |
| Eu, orientador(a) do(a) aluno(a) citado acima, solicito ao Colegiado de Curso do PPG Doenças Infecciosas e Parasitárias/FAMED, a INCLUSÃO DE COORIENTADOR(A), conforme justificado. | |
| **Assinatura do(a) orientador(a):** | **Assinatura do(a) coorientador(a) pretendido(a):**    Estou ciente e de acordo. |

*Assinaturas podem ser digitalizadas*