Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Unioeste

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS - *Campus* de Cascavel

Programa de Pós-Graduação em Odontologia (PPGO) – Mestrado

**REQUERIMENTO PARA COORIENTAÇÃO**

*O coorientador deve ser indicado pelo orientador antes do término do 1º ano letivo*

***(Parágrafo Único do Art. 43 do Regulamento do PPGO)***

Eu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ orientador(a) do(a) discente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ venho requerer coorientador(a), para o mesmo, conforme segue:

**DADOS DO COORIENTADOR** (se for do PPGO, preencher somente o nome)

(se for externo ao PPGO, preencher todos os campos)

|  |  |
| --- | --- |
| Nome completo: |  |
| Titulação/ano : |  |
| Área: |  |
| Instituição da titulação: |  |
| Instituição de trabalho: |  |
| Área/setor: |  |
| Atividade no PPGO: |  |
| RG / CPF / DATA NASC.: |  |
| Nº PIS/PASEP: |  |
| End. Res. : Rua, nº: |  |
| Bairro / Cidade / CEP: |  |
| e-mail/telefones: |  |

Cascavel/PR, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_ .

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do Discente |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do Orientador |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Coordenador

( ) Homologado ( ) Não Homologado – Ata n.\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_