Coordenador/a do Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões – PPGCR/UFPB

[nome do/a requerente], matrícula [matrícula], discente regular, nível [mestrado ou doutorado], vem requerer [coorientação ou segunda orientação], de acordo com os artigos 23 e 27 da resolução 10/2016/Consepe/UFPB.

João Pessoa, [dia] de [mês por extenso] de [ano].

[assinatura do/a requerente]

[nome do/a requerente]

De acordo.

[assinatura do/a Coorientador ou Segundo Orientador]

[nome do/a Coorientador ou Segundo Orientador]

[Coorientador ou Segundo Orientador]

Interessado/a: [nome do/a requerente], matrícula [matrícula].

Assunto: [Coorientação ou Segunda orientação].

Justificativa para escolha de um/a coorientador/a ou segundo/a orientador/a:

( ) a) orientação de trabalho final, quando da ausência do orientador da instituição, por período superior a três meses;

( ) b) acompanhamento do desenvolvimento do(a) discente no PPGCR, no caso em que o orientador de trabalho final não pertença à instituição ou que seja de outro campus;

( ) c) complementação da orientação do tema da pesquisa do(a) discente.

[parecer do/a orientador/a]

João Pessoa, [dia] de [mês por extenso] de [ano].

[assinatura do/a orientador/a]

[nome do/a orientador/a]

Orientador/a

**CADASTRO DE MEMBRO EXTERNO**

**01.** Nome completo:

**02.** E-mail:

**03.** Data de nascimento:

**04.** Cidade / Estado / País onde nasceu:

**05**. Nome completo da mãe:

**06.** Nome completo do pai:

**07.** CPF:

**08.** RG / CRNM\*: **a)** Órgão expedição: **b)** Data expedição:

\* Carteira de Registro Nacional Migratório

**09.** Passaporte:

**10.** Data de titulação do doutorado:

**a)** Área de conhecimento:

**11.** Instituição onde realizou doutorado:

**a)** Nome completo:

**b)** Sigla:

**c)** Cidade / Estado / País:

**d)** Página eletrônica:

**12.** Instituição onde realizou pós-doutorado:

**a)** Nome completo:

**b)** Sigla:

**c)** Cidade / Estado / País:

**d)** Página eletrônica:

**13.** Instituição onde trabalha atualmente:

**a)** Nome completo:

**b)** Sigla:

**c)** Cidade / Estado / País:

**d)** Página eletrônica:

**14.** Programa de pós-graduação ao qual está vinculado:

**a)** Nome completo:

**b)** Sigla:

**c)** Cidade / Estado / País:

**d)** Página eletrônica:

**e)** E-mail institucional:

**15.** Telefones

**a)** Celular:

**b)** Institucional:

**16.** Endereço eletrônico do currículo cadastrado na Plataforma *Lattes\**:
\* Caso seja estrangeiro e não possua cadastro na Plataforma *Lattes* informar um endereço eletrônico onde o currículo está disponível.

**17.** ORCID iD:

**18.** Participação em projeto(s) de pesquisa:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome do Projeto | Nome do(s) membro(s) responsável(is) | E-mail do(s) membro(s) responsável(is) |
|  |  |  |

**19.** Endereço para correspondência

**a)** Rua / Avenida:

**b)** Complemento:

**c)** Bairro:

**d)** Cidade / Estado / País:

**e)** CEP: