Ilma. Sra.

Profa. Dra. **Fabiani Gai Frantz**

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação

Biociências e Biotecnologia

# Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto - USP

 Encaminhamos a solicitação de credenciamento do Prof.(a) Dr(a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, da(o) Faculdade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ como coorientador do Projeto de Pesquisa de (Mestrado/Doutorado)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ intitulado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do(a) pós-graduando(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nro. USP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, matriculado(a) no Programa de Pós-Graduação em Biociências e Biotecnologia, área de concentração: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

( ) Mestrado ou Doutorado (no máximo até oitenta por centro do prazo regulamentar)

( ) Doutorado com Estágio no Exterior (comprovar estágio)

 Nestes Termos

 P. Deferimento.

 Ribeirão Preto, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_.

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

# Orientador(a)

De acordo:

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

Assinatura do(a) Aluno(a)

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

 Coordenador do Programa

**No caso, de ser coorientador do exterior, o requerimento deverá vir acompanhado de cadastro docente. (Modelo abaixo) e cópia do Diploma de Doutorado (frente e verso)**

Post-Graduation Office - FCFRP-USP

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) |