



Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas

Associação Ampla entre a
Universidade Estadual do Centro-Oeste e a
Universidade Estadual de Ponta Grossa



REQUERIMENTO DE CO-ORIENTAÇÃO

Senhor(a) Coordenador(a) do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas.

Solicito que seja apreciado o nome do(a) Prof.(a) Dr.(a) _____

() UNICENTRO () UEPG () outra (especifique):
para atuar como co-orientador(a) de Mestrado do(a) aluno(a)

cujo título
do projeto é: _____

pelas razões abaixo descritas:

Em anexo: Curriculum Lattes resumido do(a) co-orientador(a) (no caso de professor não credenciado ao PPGCF).

Guarapuava/Ponta Grossa, ____ de _____ de ____.

Discente

Orientador(a)

Parecer da Coordenação e do Colegiado do PPGCF:

() Deferido () Indeferido

Observações: _____

Ata da Reunião nº _____, de ____ / ____ / ____.

Assinatura do(a) Coordenador(a)



Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas

Associação Ampla entre a
Universidade Estadual do Centro-Oeste e a
Universidade Estadual de Ponta Grossa

