|  |  |
| --- | --- |
| *Descrição: http://sobreisso.com/wp-content/uploads/2011/12/Unioeste.jpg*  **Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas**  **Centro de Ciências Médicas e Farmacêuticas – CCMF**  **Campus de Cascavel-PR**  **Rua Universitária, 2069 – CEP 85819110 – 55 45 3220-7290.** |  |

**FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO PARA INDICAÇÃO DE COORIENTAÇÃO**

**NO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS**

Venho requerer indicação de coorientação para condução das atividades de Mestrado conforme as seguintes informações:

Nome do(a) Orientador(a): Prof (a). Dr (a).   
Nome do(a) Discente:

Coorientador(a):

CPF do Coorientador(a):

Título do Projeto:

Declaro que aceito coorientar o(a) discente em suas atividades, conforme regulamento vigente do PCF-UNIOESTE.

Cascavel, \_\_/\_\_/\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do(a) Orientador(a) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do(a) Coorientador(a) |

**Anexar cópia do Curriculum Lattes do(a) indicado(a)**