

FORMULÁRIO PARA CREDENCIAMENTO DE ORIENTADOR

(Formulário elaborado para auxílio ao relator da CPG)

OBRIGATORIAMENTE DIGITADO

IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE

Nome:	Nº USP
Titulação:	
Docente FM:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
E-mail:	
Técnico (a) de Nível Superior USP:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Pesquisador Científico/Especialista de Laboratório:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM: RADIOLOGIA

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: 5151

(COLOCAR O NOME DO PROGRAMA E ÁREA DE CONCENTRAÇÃO)

Tipo de credenciamento solicitado

Inicial	<input type="checkbox"/> Mestrado	<input type="checkbox"/> Doutorado	<input type="checkbox"/> Específico
Recredenciamento ⁽¹⁾ :	<input type="checkbox"/> Mestrado	<input type="checkbox"/> Doutorado	
Co-orientação do aluno ⁽²⁾ :			
Específico do aluno ⁽³⁾ :			

Responsável por disciplina de pós-graduação na FM	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Qual?		

CREDENCIAMENTO EM VIGOR EM OUTRO PROGRAMA NA FMUSP (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)

<input type="checkbox"/> Sim	Qual:	<input type="checkbox"/> Não
ANEXAR CARTA DE APROVAÇÃO DO PROGRAMA COM A MANIFESTAÇÃO FAVORÁVEL A ESSE NOVO CREDENCIAMENTO		

CREDENCIAMENTO EM VIGOR EM OUTRAS UNIDADES DA USP E/OU EM OUTRAS INSTITUIÇÕES

Área/Instituição	ME / DO	Período

FORMAÇÃO DO SOLICITANTE

	Graduação	Mestrado	Doutorado *
Instituição			
Ano de conclusão			
* Se título obtido fora da USP, foi reconhecido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			

(anexar comprovante)



MEDICINA



(¹) PUBLICAÇÃO(ÕES) ORIUNDA(S) DAS DISSERTAÇÕES E/OU TESES DE SEUS ORIENTADOS

Aluno		
Periódico		
Autores		
Título		
Ano		Páginas

Aluno		
Periódico		
Autores		
Título		
Ano		Páginas

Aluno		
Periódico		
Autores		
Título		
Ano		Páginas

Aluno		
Periódico		
Autores		
Título		
Ano		Páginas

ORIENTAÇÕES DE MESTRADO E DOUTORADO CONCLUÍDAS E EM ANDAMENTO (constantes do Currículo Lattes)

Nº de orientações de Mestrado concluídas há mais de cinco anos	<input type="text"/>
Nº de orientações de Mestrado concluídas nos últimos cinco anos	<input type="text"/>
Nº de orientações de Mestrado em andamento	<input type="text"/>
Nº de orientações de Doutorado concluídas há mais de cinco anos	<input type="text"/>
Nº de orientações de Doutorado concluídas nos últimos cinco anos	<input type="text"/>
Nº de orientações de Doutorado em andamento	<input type="text"/>

ORIENTAÇÕES DE BOLSISTAS IC E OUTRAS ORIENTAÇÕES (ESTAGIÁRIOS, RESIDENTES) (constantes do Currículo Lattes)

Nº de orientações de bolsistas IC concluídas há mais de cinco anos	<input type="text"/>
Nº de orientações de bolsistas IC concluídas nos últimos cinco anos	<input type="text"/>
Nº de orientações de bolsistas IC em andamento	<input type="text"/>
Nº de outras orientações concluídas há mais de cinco anos	<input type="text"/>
Nº de outras orientações concluídas nos últimos cinco anos	<input type="text"/>
Nº de outras orientações em andamento	<input type="text"/>



MEDICINA

USP

Produção científica dos últimos 4 anos

Periódico		
Autores		
Título		
Ano/páginas		
Indexado no PubMed	SIM []	NÃO []
Indexado no ISI	SIM – F I =	NÃO []

Periódico		
Autores		
Título		
Ano/páginas		
Indexado no PubMed	SIM []	NÃO []
Indexado no ISI	SIM – F I =	NÃO []

Linhas de pesquisa

--

Auxílios obtidos junto a agências financiadoras de pesquisa

Nome do Projeto	Instituição	Período

OUTRAS INFORMAÇÕES PERTINENTES

Curriculum Lattes atualizado (últimos 3 meses): **inserir link** - não encaminhar impresso.

(²) Orientador e/ou Coordenador deverão apresentar justificativa da necessidade, acompanhada de cópia do plano de pesquisa do aluno.

(³) Apresentar cópia do plano de pesquisa do aluno

Data da aprovação da CCP: ____/____/____

Interessado(a)

Coordenador/a do Programa
Carimbo e assinatura

Assinatura do aluno

(para solicitações de específico e co-orientador)

Av. Dr. Arnaldo, 455 - Cerqueira César

São Paulo - Brasil - 01246 903

www.fm.usp.br