MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Alfenas. UNIFAL-MG
Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação
Programa de Pós-graduação em Assistência Farmacêutica
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700. Alfenas/MG. CEP 37130-000

FORMULÁRIO PARA PREENCHIMENTO DE CADASTRO NA PLATAFORMA SUCUPIRA

Nome do Discente:

DADOS PARA CONTATO	
Logradouro:	
Bairro	
Cidade/Estado/País	
CEP	
Telefone:	
E-mail:	

Título da Dissertação/tese:

Data de realização de defesa: ____/____/____

Título Obtido: () Mestre () Doutor

Resumo (dissertação/tese):

Palavras-chave (separar com ponto e vírgula):

Abstract:

Foi bolsista durante o curso? () Sim () Não

Em caso positivo, qual foi o período? (especificar mês e ano)

Início: ____/____/____

Fim: ____/____/____

Número de meses:

Financiador:

() CAPES

() FAPEMIG

() CNPQ

() Outros:

Autoriza a divulgação do trabalho? () Sim () Não

ATIVIDADE FUTURA:

Vínculo empregatício?

() CLT

() Servidor Público

() Aposentado

() Colaborador

() Bolsa de fixação

Tipo de instituição

() Empresa pública ou estatal

() Empresa privada

() Outros

() Instituição de ensino e pesquisa

Expectativa de atuação

() Ensino e pesquisa

() Pesquisa

() Empresas

() Profissional autônomo

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Alfenas. UNIFAL-MG
Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação
Programa de Pós-graduação em Assistência Farmacêutica
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700. Alfenas/MG. CEP 37130-000

() Outros

Mesma área de atuação? () Sim () Não

INFORMAÇÕES SOBRE COORIENTADOR	
Nome completo	
Abreviatura em publicações	
CPF	
Nacionalidade	
E-mail	
Instituição de ensino superior de origem (nome completo e sigla):	
TITULAÇÃO	
Nível mais elevado	
Ano de obtenção	
Área do conhecimento (Capes):	
Nome e sigla da Instituição concedente do maior título:	

Observação: Após preencher todos os campos, enviar o formulário para o e-mail ppgasfar@unifal-mg.edu.br junto com a cópia final da dissertação/tese.

Assinaturas:

Discente:

Orientador: