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:

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

Keywords: (separar com ponto e vírgula):

Volume: Número de Páginas:

Biblioteca Depositada:

Área de Concentração: Assistência Farmacêutica

Banca Examinadora:

Presidente (Orientador):

Titular Externo:
CPF:

Titular Externo:
CPF:

Titular Externo:
CPF:

Titular Externo:
CPF:

Titular Interno:
CPF:

Titular Interno:
CPF:

Titular Interno:
CPF:

Titular Interno:
CPF:

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

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

( ) 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: