**ANEXO 1: INFORMAÇÕES PARA CREDENCIAMENTO de docentes no Programa de Pós-Graduação em Farmácia da UFSC**

**MESTRADO E DOUTORADO**

À Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Farmácia da UFSC:

Venho através deste manifestar meu interesse em colaborar com este Programa de Pós-Graduação, solicitando meu credenciamento como docente permanente /colaborador/visitante.

|  |  |
| --- | --- |
| DOCENTE | NÍVEL |
|  | Mestrado ( ) | Doutorado ( ) |

Seguem abaixo, as informações necessárias para apreciação deste pedido:

Nome:

|  |  |
| --- | --- |
| CPF:  | Telefone:  |
| Departamento:  | Centro: |
| E-mail: |  |

1) De que forma pretende colaborar com a proposta de trabalho do PGFAR?

2) Como vê sua possibilidade de inserção no Programa, em relação às linhas de pesquisa do Programa?

3) Já tem experiência em orientação acadêmica? Qual?

4) De que forma pretende viabilizar financeiramente o trabalho de seus orientandos?

5) Que infraestrutura laboratorial dispõe para viabilizar tecnicamente as atividades de seus orientandos?

6) Com quais docentes do PGFAR pretende interagir em suas atividades de pesquisa?

7) Qual(is) disciplina(s) propõe-se a ministrar no Programa?(apresentar Plano de Ensino, contendo título, ementa, conteúdo programático, número de créditos e bibliografia atualizada). Especificar se já é(são) ministrada(s) em outro Programa?

8) Exerce alguma atividade junto a outro Programa de Pós-graduação *Strictu sensu*? Qual?

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Local e Data | Assinatura |

**Anexar:** Plano de Ensino da(s) disciplina(s) proposta(s)