**ANEXO 2: FORMULÁRIO PARA RECREDENCIAMENTO 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 continuar colaborando com

este Programa de Pós-Graduação, solicitando meu recredenciamento (MESTRADO e/ou DOUTORADO). A seguir, informo as atividades desenvolvidas no último quadriênio junto ao Programa:

|  |
| --- |
| **NOME**: |
| **DATA DE CREDENCIAMENTO**: |
| **DATA DO ÚLTIMO CREDENCIAMENTO**: |
| **PERÍODO EM AVALIAção**:  |
| **Orientações concluídas no período**: |
| **Nome**: | **Ingresso**(mês/ano) | **Defesa**(mês/ano) |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Orientações EM ANDAMENTO**: |
| **Nome**: | **Ingresso**(mês/ano) | **Defesa**(mês/ano) |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **DISCIPLINAS MINISTRADAS**: |
| Código | Nome | Período | **No de discentes** |
|  |  |  |  |
| **ATIVIDADES ACADêmicO-ADMINISTRATIVAS NO PPGFAR:**  |
| Atividades desenvolvidas junto a outros Programas de Pós-graduação *Strictu sensu* |
| **PRODUçãO CIENTÍFICA:** Anexar cópias das 1ªs páginas das publicações no quadriênio com discente (mestrando ou doutorando) |
| **PRODUçãO TÉcnica:**  Indicar as produções técnicas no quadriênio (Anexo 3) |

Florianópolis,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_