| **logoPPGFT2** | **UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**  **CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**  PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA  **Área de Concentração: Fisioterapia e Desempenho Funcional**  Via Washington Luís, Km 235 - CEP. 13.565-905 - SÃO CARLOS - SP  TEL: (016) 3351-8448. E-mail: **ppgft@ufscar.br** |
| --- | --- |

**FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE COORIENTAÇÃO**

A solicitação de coorientação para projetos de mestrado e de doutorado deve ser realizada pelo orientador do aluno com o preenchimento deste formulário. As solicitações serão analisadas pelo Conselho de Pós-Graduação do PPGFT.

| Orientador |  |
| --- | --- |
| Aluno |  |
| Nível | ( ) Mestrado ( ) Doutorado |
| Nome do projeto |  |
| Data de ingresso do aluno |  |
| Previsão de defesa do aluno |  |
| Coorientador |  |
| Link Currículo Lattes |  |
| Descreva sucintamente a contribuição do coorientador para o desenvolvimento do projeto de pesquisa (no espaço ao lado) |  |
| Descreva a expertise do coorientador que o diferencia do orientador (no espaço ao lado) |  |

Assinatura Orientador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura Coorientador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura aluno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_