|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO  COORDENADORIA DE PROGRAMAS *STRICTO SENSU*  *SERVIÇO DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO DE PÓS-GRADUAÇÃO* |  |

**C I R C U L A Ç Ã O I N T E R N A**



**R E Q U E R I M E N T O **

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOME**  **COMPLETO** | |  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| ENDEREÇO | |  | | | | | Nº |  |
| BAIRRO | |  | | CIDADE |  | | TEL |  |
| LOCAL/TRABALHO | | |  | | | PROFISSÃO | |  |
| E-MAIL |  | | | | | | CEL |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PÓS-GRADUAÇÃO “*STRICTO SENSU*”** | | | | | | | |
| PROGRAMA | |  | | | | | |
|  | MESTRADO |  | DOUTORADO |  | MESTRADO PROFISSIONAL | | |
| CENTRO / UFPI | |  | | | | CAMPUS |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OBJETIVOS DO REQUERIMENTO** | | | | | |
| **AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA ACADÊMICA PARA EFEITO DE:** | | | | | |
|  | DIPLOMA DE CONCLUSÃO | | |  | 2ª VIA DO DIPLOMA (PROCESSAR) |
|  | CERTIDÃO (VALIDADE 180 DIAS) | | |  | OUTROS (**ESPECIFICAR**): |
| **DOCUMENTOS ANEXADOS - CÓPIAS OU ORIGINAIS (ATENDIMENTO)** | | | | | |
|  | IDENTIDADE |  | DIPLOMA(S) |  | DECLARAÇÃO DA BIBLIOTECA |
|  | CPF |  | HISTÓRICO(S) |  | DECLARAÇÃO DA COORDENAÇÃO |
|  | ATA DE DEFESA |  | PROCURAÇÃO |  | REPOSITÓRIO INSTITUCIONAL |
|  | OUTROS (**ESPECIFICAR**): | | | | |
| **OBSERVAÇÕES E/OU ESPECIFICAÇÕES [CPSS]** | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Teresina (PI), de de 20XX | AUTENTICAÇÃO |
|  |  |
| Assinatura do(a) Requerente | Assinatura do Responsável pelo Atendimento |
| **REGISTRO Nº -SS/20XX** | |

......................................................................................................................................................................................

|  |  |
| --- | --- |
| **REGISTRO Nº -SS/20XX** | |
| UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ COORDENADORIA DE PROGRAMAS *STRICTO SENSU* / PRPG  Serviço de Registro e Controle Acadêmico de Pós-Graduação  Campus Universitário Ministro Petrônio Portella – BL 06 – Fone: **3215-7405/3215-5562** | |
| REQUERENTE: | SETOR DE ATENDIMENTO |
|  |
| PROGRAMA: |
| Assinatura do Responsável pelo Atendimento |
| DATA DE ENTRADA: / / 20XX | PRAZO DE ENTREGA APÓS ASSINATURA:  **CONSULTAR CPSS** |

