**FORMULÁRIO PARA CREDENCIAMENTO DE DOCENTES**

|  |
| --- |
| Nome do docente:  |
| Instituição:  |
| Departamento:  |
| Candidata-se para:( ) Membro Permanente do Programa( ) Membro Colaborador do Programa( ) Membro Permanente ou Colaborador do Programa |
| O Candidato é membro de outro (s) programa (s) de pós-graduação ?( ) Sim. Qual (is)?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) Não |

Declaro que não estou credenciado como membro permanente em mais de dois programas de pós-graduação.

Declaro que, optando por me candidatar em alguma opção acima como membro permanente, comprometo-me a lecionar pelo menos uma disciplina a cada dois anos.

Fortaleza, \_\_ de \_\_\_\_\_\_ de 20\_\_.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Docente