**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