

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ FACULDADE DE MEDICINA**

 **PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS**

Rua Prof. Costa Mendes, 1608 - 4º andar, Fortaleza - CE - CEP 60430-140 Telefone: (+55) 85.3366.8208/ (85) 98596-2459 e-mail:secretaria.ppgcm@ufc.br

**Cadastro de Mobilidade Acadêmica – PPGCM**

**1. Identificação do Discente**

* Nome completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Matrícula: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Curso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2. Orientação Acadêmica**

* Nome do Orientador(a): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3. Informações do Edital**

* Edital de Seleção: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4. Tipo de Mobilidade**
( ) Mobilidade Acadêmica ( ) Doutorado Sanduíche ( ) Cotutela

**5. Período da Mobilidade**

* Semestre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Data de Início: \_\_\_\_\_\_\_\_ Data de Término: \_\_\_\_\_\_\_\_

**6. Instituição de Destino**

* Nome da Instituição: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Cidade estrangeira: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* País: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**7. Assinaturas**

* Assinatura do Discente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Assinatura do Orientador(a): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_