

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
 EM PESQUISA CLÍNICA EM DOENÇAS INFECCIOSAS**

**CADASTRO DE CREDENCIAMENTO/RECDENCIAMENTO DE DOCENTE
 COLABORADOR**

Nome:			
CPF:			
RG:	Orgão:	Data de Expedição:	UF:
Data de nascimento:	Nacionalidade:	Sexo M () F ()	
Naturalidade:	UF:	Estado Civil:	
Nome do pai:			
Nome da mãe:			
Endereço:			
Bairro:	Cidade:		
CEP:	Estado:		
E-mail:	Tel. residencial ()		
Tel. trabalho ()	Celular ()		
Nível de Titulação:	Ano da titulação:		
Área de conhecimento:	País da Instituição:		
Instituição:			
Vínculo com o INI: () CLT () Servidor Público () Aposentado () Colaborador () Bolsa de fixação			
Regime de trabalho: () Integral () Parcial () Dedicção Exclusiva			
Atuações de Docência Externas ao Programa			
IES	Programa	Carga horaria	Inicio
Campo restrito à Comissão de Pós-Graduação (CPG)			
Carga horária semanal no programa:		Data de Início no Programa:	

TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO

QUADRIÊNIO 2017 A 2020

Eu informo estar ciente do Regimento Interno do Programa de Pós-Graduação (PPG) *Stricto Sensu* em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI) aprovado pela Comissão de Pós-graduação do INI em 25/08/2010 bem como da Portaria nº 174, 30/12/2014 da Capes, que regulamentam as normas para credenciamento, recredenciamento e descredenciamento de docentes, e comprometo-me com dedicação a esse Programa, assumindo voluntariamente os seguintes compromissos:

- I – Desenvolver atividades de ensino na pós-graduação e/ou graduação (coordenar ou participar de disciplinas).
- II - Participar das atividades acadêmicas, e quando necessário, das administrativas do PPG, incluindo Bancas Examinadoras e Comissões de Seleção.
- III - Manter o *Curriculum Lattes* atualizado e fornecer à Coordenação do Programa todas as informações solicitadas pertinentes ao relatório CAPES.
- IV- Caso possua coorientação ou orientação, se comprometer a concluí-las dentro dos prazos estipulados pela CAPES (máximo de 24 meses para mestrado e 48 meses para doutorado).
- V- Caso ministre disciplinas no programa, se comprometer a concluí-la.

Rio de Janeiro, ____/____/____

Assinatura do Docente

Campo Restrito à Coordenação de Pós-Graduação (CPG)

Parecer:

Deferido Indeferido Motivo: _____

Rio de Janeiro, ____/____/____

Assinatura da Coordenação de PG