

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO<br/>UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ<br/>PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO<br/>COORDENADORIA DE PROGRAMAS <i>STRICTO SENSU</i><br/>SERVIÇO DE REGISTRO E CONTROLE ACADÊMICO DE PÓS-GRADUAÇÃO</p> |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|

C I R C U L A Ç Ã O I N T E R N A

*STRICTO SENSU*

REQUERIMENTO

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

|                                              |                                                            |                                                |                            |
|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------|
| PÓS-GRADUAÇÃO “ <i>STRICTO SENSU</i> ”       |                                                            |                                                |                            |
| PROGRAMA                                     | PÓS- GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO E MEIO AMBIENTE – PPGDMA |                                                |                            |
| <input checked="" type="checkbox"/> MESTRADO | <input type="checkbox"/> DOUTORADO                         | <input type="checkbox"/> MESTRADO PROFISSIONAL |                            |
| CENTRO / UFPI                                | PRPG                                                       | CAMPUS                                         | MINISTRO PETRÔNIO PORTELLA |

|                                                         |                              |                                     |                                            |                                     |                           |
|---------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------|
| OBJETIVOS DO REQUERIMENTO                               |                              |                                     |                                            |                                     |                           |
| AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA ACADÊMICA PARA EFEITO DE:       |                              |                                     |                                            |                                     |                           |
| <input checked="" type="checkbox"/>                     | DIPLOMA DE CONCLUSÃO         | <input type="checkbox"/>            | 2ª VIA DO DIPLOMA (PROCESSAR)              |                                     |                           |
| <input type="checkbox"/>                                | CERTIDÃO (VALIDADE 180 DIAS) | <input type="checkbox"/>            | OUTROS(ESPECIFICAR):                       |                                     |                           |
| DOCUMENTOS ANEXADOS - CÓPIAS OU ORIGINAIS (ATENDIMENTO) |                              |                                     |                                            |                                     |                           |
| <input checked="" type="checkbox"/>                     | IDENTIDADE                   | <input checked="" type="checkbox"/> | DIPLOMA(S)                                 | <input checked="" type="checkbox"/> | DECLARAÇÃO DA BIBLIOTECA  |
| <input checked="" type="checkbox"/>                     | CPF                          | <input checked="" type="checkbox"/> | HISTÓRICO(S)                               | <input checked="" type="checkbox"/> | DECLARAÇÃO DA COORDENAÇÃO |
| <input checked="" type="checkbox"/>                     | ATA DE DEFESA                | <input type="checkbox"/>            | PROCURAÇÃO                                 | <input checked="" type="checkbox"/> | REPOSITÓRIO INSTITUCIONAL |
| <input type="checkbox"/>                                | OUTROS (ESPECIFICAR):        |                                     |                                            |                                     |                           |
| OBSERVAÇÕES E/OU ESPECIFICAÇÕES [CPSS]                  |                              |                                     |                                            |                                     |                           |
|                                                         |                              |                                     |                                            |                                     |                           |
|                                                         |                              |                                     |                                            |                                     |                           |
| Data: Teresina (PI),                                    |                              |                                     | AUTENTICAÇÃO                               |                                     |                           |
|                                                         |                              |                                     |                                            |                                     |                           |
| Assinatura do(a) Requerente                             |                              |                                     | Assinatura do Responsável pelo Atendimento |                                     |                           |
| REGISTRO Nº ____ - SS/20 ____                           |                              |                                     |                                            |                                     |                           |

|                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| REGISTRO Nº ____ - SS/20 ____                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                   |
| UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ<br>COORDENADORIA DE PROGRAMAS <i>STRICTO SENSU</i> (CPSS / PRPG)<br>Serviço de Registro e Controle Acadêmico de Pós-Graduação<br>Campus Universitário Ministro Petrônio Portella – BL 06 – Fone: <b>(86) 3215-7405 / 3215-5562</b> |                                                                   |
| REQUERENTE:                                                                                                                                                                                                                                                      | SETOR DE ATENDIMENTO:                                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                   |
| Assinatura do(a) Requerente                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                   |
| PROGRAMA: <b>PPGDMA/PRPG</b>                                                                                                                                                                                                                                     | Assinatura do Responsável pelo Atendimento                        |
| DATA DE ENTRADA:                                                                                                                                                                                                                                                 | PRAZO DE ENTREGA APÓS ASSINATURA:<br><b>CONSULTAR A CPSS/PRPG</b> |

TRAZER ESTA SOLICITAÇÃO: VALIDADE 180 DIAS  
*Obs.: Se for assinatura digital, basta assinar o primeiro campo deste documento*