



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
CENTRO DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA
Serviço de Pós-Graduação



Número UECE: _____

Nome: _____

Mestrado **Ciências Naturais**
Doutorado

Orientador: _____

Programa de estudos fixados pelo orientador para o semestre:

Códigos	Disciplinas a serem cursadas em qualquer Unidade da UECE

Endereço:

Rua: _____

Número: _____ Complemento: _____

Bairro: _____ Cidade e estado: _____

CEP: _____ E-mail: _____

Telefone: _____ Celular: _____

Fortaleza, ____/____/____

Assinatura do Aluno

Assinatura do Orientador



À Comissão de Pós-Graduação do PCN – UECE

Da Escolha do Orientador:

Candidato: _____

Orientador escolhido: _____

Fortaleza, ____/____/____

_____ Assinatura do Aluno

Da Aceitação do Candidato:

1) Parecer do orientador:

sobre o histórico escolar e avaliação da capacidade do candidato para estudos de pós-graduação: _____

em caso de deficiência curricular de graduação, a critério do orientador, listar as disciplinas de graduação da UECE que deverá o estudante cursar, em regime de adaptação: _____

2) Aceito a orientação do candidato acima.

Fortaleza, ____/____/____

_____ Assinatura do Orientador