

Homologação do Título e Expedição de Diplomas Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia

Após a defesa o aluno deve entregar na **Seção Técnica de Pós-Graduação**:

01 – Um exemplar da versão definitiva da Dissertação de Mestrado – Encadernado com capa flexível fundo **branco**.

Observe a grafia correta da palavra: "Campus".

Obs: Lembrando que na versão definitiva deverá conter:

- **"Ficha Catalográfica"** (Informações na Biblioteca da FCT)
- **"Banca Examinadora"** (esta foi entregue para você depois da defesa), contendo a assinatura dos membros da Banca.
- Título, Palavras-Chave e Resumo em Português e Inglês.

02 - Declaração do Orientador que foram efetuadas as sugestões/correções sugeridas pela Comissão Examinadora;

03 - Comprovação de envio de artigo científico à revista indexada, classificada no sistema Qualis, no mínimo como B nacional.

04 - Autorização de Divulgação para a Biblioteca (arquivo anexo), **duas vias**;

05 - UM CD da Dissertação gravado em, arquivo único em extensão PDF;

06 - Formulário de Homologação preenchido (anexo).

Obs. Atualizar o Currículo Lattes junto ao CNPq.

PEDIDO DE EXPEDIÇÃO DE DIPLOMAS

Requerimento Geral (arquivo anexo), juntamente com **CÓPIA AUTENTICADA** dos seguintes documentos:

- a. RG;
- b. Certidão de casamento ou Nascimento;
- c. Diploma da Graduação.



HOMOLOGAÇÃO

UNIDADE/ UNIVERSIDADE:	FACULDADE DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA		
PROGRAMA:	PÓS-GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA		
AUTOR DO TRABALHO:			
TÍTULO DO TRABALHO:			
CURSO:	MESTRADO ()	DOUTORADO ()	
PALAVRAS-CHAVE DO TRABALHO:			
DATA DE INÍCIO:	____ / ____ / ____	DATA DA DEFESA:	____ / ____ / ____
CONCEITO OBTIDO:	APROVADO	QTDE DE PÁGINAS:	
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO:	AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO EM FISIOTERAPIA		
ÁREA DE CONHECIMENTO:			
ORIENTADOR:	Prof. Dr.		
BANCA EXAMINADORA:	Prof. Dr.		
	Prof. Dr.		
	Prof. Dr.		
	Prof. Dr.		
BIBLIOTECA DEPOSITÁRIA:	FCT/UNESP		

FINANCIADORES

FINANCIADOR:	FINANCIADOR:
Número de Meses:	Número de Meses:
INÍCIO: ____ / ____ / ____ TÉRMINO: ____ / ____ / ____	INÍCIO: ____ / ____ / ____ TÉRMINO: ____ / ____ / ____

ATIVIDADE FUTURA

VINCULO ATUAL:	INÍCIO: ____ / ____ / ____
EXPECTATIVA DE ATUAÇÃO	() Mesma área de titulação

CONTATO

LOGRADOURO	RUA/AV. _____ Nº _____
	BAIRRO _____ CIDADE: _____
	ESTADO: _____ PAÍS: _____
	CX POSTAL: _____ CEP: _____
	TELEFONE: _____ CELULAR: _____
	FAX: _____ RAMAL: _____
	E-MAIL: _____

AUTORIZAÇÃO

Nome do autor:

RG: _____ **Telefone:** () _____

E-mail do autor:

Autoriza a divulgação deste endereço eletrônico na C@thedra? Sim Não

Dissertação de Mestrado **Tese de Doutorado** **Tese de Livre-Docência**

Título:

Palavras-chave:

Campus: Faculdade de Ciências e Tecnologia – Unesp/Campus de Presidente Prudente

Programa de Pós-Graduação: Fisioterapia

Área de Concentração: Avaliação e Intervenção em Fisioterapia

Orientador:

Co-orientador:

Banca:

Data da defesa:

() **AUTORIZO** a Universidade Estadual Paulista - UNESP, a publicar através do site <http://www.biblioteca.unesp.br/bibliotecadigital>, sem ressarcimento dos direitos autorais, o texto integral da obra acima citada, em formato PDF, a título de divulgação da produção científica gerada pela Universidade, em conformidade com o estabelecido pela CAPES (**PORTARIA No- 13, DE 15 DE FEVEREIRO DE 2006**).

Assinatura do(a) autor(a)

Data: / /

OBS.: Preencher este Termo em duas vias assinadas. A primeira, permanece na Seção de Pós-graduação e a segunda será encaminhada à Biblioteca da Unidade juntamente com o arquivo eletrônico em formato PDF.

AUTORIZAÇÃO

Nome do autor:

RG: Telefone: ()

E-mail do autor:

Autoriza a divulgação deste endereço eletrônico na C@thedra? Sim Não

Dissertação de Mestrado Tese de Doutorado Tese de Livre-Docência

Título:

Palavras-chave:

Campus: Faculdade de Ciências e Tecnologia – Unesp/Campus de Presidente Prudente

Programa de Pós-Graduação: Fisioterapia

Área de Concentração: Avaliação e Intervenção em Fisioterapia

Orientador:

Co-orientador:

Banca:

Data da defesa:

() **AUTORIZO** a Universidade Estadual Paulista - UNESP, a publicar através do site <http://www.biblioteca.unesp.br/bibliotecadigital>, sem ressarcimento dos direitos autorais, o texto integral da obra acima citada, em formato PDF, a título de divulgação da produção científica gerada pela Universidade, em conformidade com o estabelecido pela CAPES (**PORTARIA No- 13, DE 15 DE FEVEREIRO DE 2006**).

Assinatura do(a) autor(a)

Data: / /

OBS.: Preencher este Termo em duas vias assinadas. A primeira, permanece na Seção de Pós-graduação e a segunda será encaminhada à Biblioteca da Unidade juntamente com o arquivo eletrônico em formato PDF.

**ILUSTRÍSSIMO SENHOR DIRETOR DA FACULDADE DE CIÊNCIAS E
TECNOLOGIA UNESP - CAMPUS DE PRESIDENTE PRUDENTE**

RG. _____

aluno: regular () especial () no Curso de Pós-graduação em _____, () Mestrado / () Doutorado
vem mui respeitosamente requerer/solicitar a Vossa Senhoria, o que se segue:

- Expedição de Diploma de Mestrado
- Expedição de Diploma de Doutorado
- Atestado de Matrícula
- Atestado de Conclusão de créditos
- Histórico Escolar
- Transferência de orientador
- Certificado de Conclusão de Curso (Aluno Regular)
- Certificado de Conclusão de disciplina cursada como Aluno Especial
- Programa(s) da(s) disciplina(s): _____

Cancelamento de Matrícula na(s) disciplina(s): _____

Suspensão de Matrícula, pelo prazo de _____ meses

Contagem de _____ créditos pelo trabalho _____

Aproveitamento de Créditos da disciplina _____

Plano Relatório de Estágio de Docência junto à disciplina _____
Propondo contagem de _____ créditos

Plano Relatório de Estágio de Atividade Complementar _____
Propondo contagem de _____ créditos

Outros: _____

JUSTIFICATIVA DO PEDIDO: _____

ENDEREÇO: Rua _____

Bairro _____ Cidade _____

Estado _____ CEP: _____ Telefone: _____

E-mail _____

Nestes Termos,
Pede Deferimento.

Presidente Prudente (SP), ____ de _____ de _____.

Ciente, de Acordo

Assinatura do Aluno

Assinatura do Orientador