|  |
| --- |
| **FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE CRIAÇÃO DE CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO *LATO SENSU* (ESPECIALIZAÇÃO)** |
| **NOME DO(A) SERVIDOR(A) INTERESSADO(A) – PRESIDENTE DO GT** | **SIAPE** |
|  |  |
| **E-MAIL INSTITUCIONAL** | **TELEFONE** |
|  |  |
| **CARGO** | **CAMPUS DE LOTAÇÃO** |
|  |  |

|  |
| --- |
| **NOME DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO** |
|  |
| **CAMPUS DE OFERTA** |
|  |
| **MODALIDADE (PRESENCIAL, HÍBRIDO OU EAD)** |
|  |

|  |
| --- |
| **SERVIDORES INTEGRANTES DO GRUPO DE TRABALHO (GT) PARA CRIAÇÃO DO CURSO** |
| **NOME DO(A) SERVIDOR(A)** | **SIAPE** |
|  |  |
| **NOME DO(A) SERVIDOR(A)** | **SIAPE** |
|  |  |
| **NOME DO(A) SERVIDOR(A)** | **SIAPE** |
|  |  |
| **NOME DO(A) SERVIDOR(A)** | **SIAPE** |
|  |  |
| **NOME DO(A) SERVIDOR(A)** | **SIAPE** |
|  |  |
| **NOME DO(A) SERVIDOR(A)** | **SIAPE** |
|  |  |
| **NOME DO(A) SERVIDOR(A)** | **SIAPE** |
|  |  |
| **NOME DO(A) SERVIDOR(A)** | **SIAPE** |
|  |  |
| **NOME DO(A) SERVIDOR(A)** | **SIAPE** |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **NOME DO(A) DIRETOR(A)-GERAL DO CAMPUS DE OFERTA DO CURSO** | **SIAPE** |
|  |  |
| **E-MAIL INSTITUCIONAL** | **TELEFONE** |
|  |  |

|  |
| --- |
| **DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA ABERTURA DO PROCESSO**1. Formulário de criação de Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* (Especialização)

ASSUNTO DETALHADO: Criação de Curso de Especialização em (inserir nome do curso) do campus (inserir campus de oferta do curso). |

**DATA:**