



**FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO**

Av. Prof. Alfredo Balena 190/sala 533
Belo Horizonte – MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640
E-mail: cpg@medicina.ufmg.br



ANO DA DEFESA

TRABALHO DE CONCLUSÃO

(Preenchimento pelo Aluno para marcação da defesa)

IDENTIFICAÇÃO

Programa de Pós-Graduação em _____

Autor: _____

Nº CPF: _____ Entrada no curso: ____/____ (mês/ano)

Mês da Defesa: _____

Nível: Mestrado Doutorado

Título do trabalho:

ORIENTAÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO:

Orientador: _____

Co-orientador: _____

Co-orientador: _____

FINANCIADORES: Caso você tenha sido bolsista, ou tenha recebido algum auxílio financeiro

Nome da Instituição ou Agência financiadora: _____

Natureza: Bolsa Auxílio Financeiro N° de Meses: _____

Nome da Instituição ou Agência financiadora: _____

Natureza: Bolsa Auxílio Financeiro N° de Meses: _____

Nome da Instituição ou Agência financiadora: _____

Natureza: Bolsa Auxílio Financeiro N° de Meses: _____

ATIVIDADE PROFISSIONAL

Vínculo Empregatício atual:

- CLT
- Servidor Público
- Aposentado
- Colaborador
- Bolsa de Fixação
- Sem vínculo

Tipo de Instituição:

- Empresa pública ou estatal
- Empresa privada
- Outros
- Instituição de Ensino e Pesquisa
- Sem vínculo

A expectativa de atuação após a defesa é na área de:

- Ensino e Pesquisa
- Pesquisa
- Empresas
- Profissional Autônomo
- Outros

A expectativa de atuação após a defesa é na mesma área de titulação?

- Sim
- Não

CONTATO: Endereço residencial

Rua: _____ Nº _____

Bairro: _____ Cidade: _____

Estado: _____ País: _____

CEP: _____ Tel: _____

E-mail: _____

RESUMO: Incluir aqui o resumo do trabalho de conclusão. Favor entregar junto com o formulário uma cópia desse resumo gravada em arquivo eletrônico – disquete, CD ou por e-mail.

