

RELATÓRIO QUADRIMESTRAL DE ATIVIDADES DO DISCENTE

O Discente deve preencher e enviar este relatório assinado para o(a) Prof(a). Orientador(a) até 5 dias do início de cada quadrimestre, anexando ainda cópia da primeira página do Currículo Lattes atualizado. O(A) Prof(a). Orientador(a) deve anexar o relatório contendo os pareceres em um processo no sistema SEI contendo assinatura até 10 dias úteis do início de cada quadrimestre.

Discente: _____

Orientador(a): _____

Provável título da Dissertação: _____

Linha de Pesquisa: _____

Data: ___ / ___ / _____

Quadro 1 - Informações sobre as atividades realizadas desde a matrícula como aluno regular

REQUISITO	EXIGIDO	REALIZADO	DATA DE OBTENÇÃO DO REQUISITO PARCIAL OU TOTAL	PRAZO
Créditos em disciplinas obrigatórias	8			Até 5º Quadrimestre
Créditos em disciplinas eletivas	12			
Créditos em seminários	1			No 2º Quadrimestre
Proficiência em língua inglesa	Aprovação			Até o 3º Quadrimestre
Estágio docente (obrigatório para bolsistas)	(1)			Entre o 2º e o 6º Quadrimestre
Créditos em atividades complementares	2			30 dias antes da Defesa
Qualificação	1			Até o 5º Quadrimestre
Defesa	Aprovação			Até o 6º Quadrimestre
Total de créditos até o momento	24			

OBS 1: Para os créditos em disciplinas, indicar o último dia do quadrimestre. OBS2: Preencher os requisitos de forma cumulativa a cada quadrimestre, repetindo os requisitos obtidos no relatório anterior. OBS 3: Para bolsistas entregar cópia do comprovante de residência.

RELATÓRIO QUADRIMESTRAL DE ATIVIDADES DO DISCENTE

Data prevista de Exame de Qualificação: ___ / ___ / _____

Data prevista de Defesa de Dissertação: ___ / ___ / _____

OBS: Caso ainda não exista data definida para a Qualificação/Defesa, apresentar uma estimativa de mês/ano.

Parecer do(a) orientador(a) quanto aos pré-requisitos: _____

Parecer do(a) orientador(a) quanto às atividades de pesquisa e elaboração da Dissertação: _____

Assinatura do Orientador(a)

Assinatura do Discente

Nome do Orientador(a)

Nome do Discente

Homologado pela Comissão de Autoavaliação e Acompanhamento do PPGTAMB (CAAP):

() Homologado () Não Homologado Data: ___ / ___ / _____

Observação: