

**Universidade Federal de Minas Gerais
Pró-Reitoria de Pós-Graduação
Setor de Expedição de Certificados e Diplomas**

**FORMULÁRIO PARA EMISSÃO DE CERTIFICADO DE
RESIDÊNCIA PÓS-DOUTORAL**

Residente Pós-Doutoral: _____

Número de Registro: _____ **Processo Nº:** _____

Supervisor: _____

Programa de Pós-Graduação em: _____

Título do Trabalho: _____

Período da Residência:

Início: ____/____/____
 mês ano

Término: ____/____/____
 mês ano

(O período informado acima e o lançamento da residência no Sistema Acadêmico devem registrar o mesmo período de residência. Havendo inconsistências, o processo de expedição do certificado será devolvido à secretaria para adequações.)

Data de aprovação do relatório final pelo Colegiado: ____/____/____

Assinatura do Coordenador: _____ **Data:** ____/____/____
(Identificação - nome legível do(a) coordenador(a))