



**RESIDÊNCIA PÓS-DOCTORAL
RENOVAÇÃO/CANCELAMENTO/ENCERRAMENTO**

Nome do Residente Pós-doutoral: _____

Nome do Professor Supervisor: _____

Data: ____/____/____

Solicitação de:

Renovação da residência

Período ____/____/____ a ____/____/____

Anexar relatório sucinto da produção com o de acordo do professor supervisor.

Cancelamento por desistência da residência.

Data de Término: ____/____/____

Motivo: _____

Encerramento da residência por conclusão para pedido de certificado

Anexar:

1. Carteira de identidade;
2. Certidão de nascimento ou casamento;
3. Relatório do professor supervisor com a avaliação do desempenho do residente, junto com relatório sucinto e fundamentado sobre as atividades realizadas, acompanhado da produção intelectual no período (relatório de no máximo 3 páginas).

Assinatura do residente pós-doutoral: _____