|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO****Universidade Federal de Alfenas / UNIFAL-MG****Programa de Pós-graduação em Ciências da Reabilitação**Av. Jovino Fernandes Sales, 2.600 - Alfenas – MG - CEP 37133-840Fone: (35) 3701-1928 (Coordenação) / (35) 3701-1925 (Secretaria)http://www.unifal-mg.edu.br/ppgcr/ |  |

**DADOS DO TRABALHO DE CONCLUSÃO – DEFESA DE DISSERTAÇÃO**

**Programa de Pós-graduação em Ciências da Reabilitação**

|  |
| --- |
| **IDENTIFICAÇÃO** |
| Título da dissertação |  |
| Autor(a) |  |
| Mês/ano da Matrícula no programa |  |
| Mês/ano da defesa |  |
| Nível | Mestrado Acadêmico |
| Área de concentração do programa | Avaliação e Intervenção em Ciências da Reabilitação |
| Linha de pesquisa do programa |  |
| Título do Projeto de pesquisa |  |
| **BANCA EXAMINADORA –** Nome do professor e sigla da instituição de origem |
| 1º Titular/Presidente: |
| 2º Titular (interno): |
| 3º Titular (externo): |
| 1º Suplente (interno): |
| 2º Suplente (externo): |
| **INFORMAÇÕES SOBRE CO-ORIENTADOR** |
| Nome completo  |
| Abreviatura em publicações  | CPF  |
| Nacionalidade | E-mail |
| TITULAÇÃO  | Instituição de ensino superior de origem (nome completo e sigla): |
| Nível mais elevado  | Ano de obtenção  |
| Área do conhecimento (Capes):  | Nome e sigla da Instituição concedente do maior título:  |
| **REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA DA DISSERTAÇÃO** |
| Biblioteca depositária | UNIFAL-MG |
| Número de páginas |  |
| Palavras chaves |  |
| **ATIVIDADE FUTURA** | **Escolher uma das atividades descritas** |
| Vínculo empregatício | ( ) CLT ( ) Servidor Público ( ) Aposentado ( ) Colaborador( ) Bolsa de fixação |
| Tipo de instituição | ( ) Empresa pública ou estatal( ) Empresa privada( ) Outros( ) Instituição de ensino e pesquisa |
| Expectativa de atuação | ( ) Ensino e pesquisa( ) Pesquisa( ) Empresas( ) Profissional autônomo( ) Outros |
| Mesma área de titulação | ( ) Sim ( ) Não |
| **RESUMO DA DISSERTAÇÃO** |
| *Inserir aqui a versão final do resumo de dissertação.* |
| Área de conhecimento (CNPq) |  |
| Orientador  |  |
| Coorientador |  |
| Financiadores (bolsa e fomento do projeto) |  |
| **CONTATO** |
| Logradouro  |  |
| Bairro | Cidade | Estado/País |
| CEP |  |
| Telefone: ( ) | E-mail |

**ATENÇÃO:** Esse documento deve ser entregue em formato doc., com a seguinte identificação do arquivo: **NOME COMPLETO DO ALUNO\_Termo\_Capes\_PPGCR\_ano.**