**ANEXO I: REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO/RECREDENCIAMENTO**

Ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da UFSC:

Nome do candidato ao credenciamento/recredenciamento:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Venho, por meio deste requerimento, solicitar:

( ) Credenciamento

( ) Recredenciamento

no Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas – UFSC, na categoria de:

( ) Professor Permanente

( ) Professor Colaborador

( ) Professor Visitante

( ) Jovem Docente Permanente

Nestes termos, peço deferimento.

Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Florianópolis, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_