REQUERIMENTO PARA TRANCAMENTO (ANEXO 1)

Ilmº. (ª) Sr. (ª)

Coordenador(a) do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de Pernambuco Prof. (ª) Dr. (ª)

|  |
| --- |
|  , |
| nome completo do(a) aluno(a) |

aluno(a) regularmente vinculado(a) à turma nº , do Curso de (Mestrado/Doutorado), deste Programa de Pós-Graduação em Educação da UFPE, orientado(a) pelo(a) Professor(a) vem requerer trancamento de curso em (ano.semestre), por meses, pelos motivos expostos a seguir:

Recife, de de

Assinatura do(a) mestrando(a)

Ciente,

|  |
| --- |
| Prof.(ª) Dr.(ª)  |
| Assinatura do(a) Orientador(a) |

# CONTATO DO(A) ALUNO(A) TELEFONE FIXO:

**CELULAR (especificar operadora): EMAIL:**

**AVALIAÇÃO SEMESTRAL (ANEXO 2)**

(Refere-se às atividades realizadas no período de março a setembro de 2020)

# IDENTIFICAÇÃO

|  |  |
| --- | --- |
| Nome do(a) Aluno(a): |  |
| Curso (mestrado/doutorado): |  |
| Ano de Ingresso: |  |
| Nome do(a) Orientador(a): |  |
| Título do projeto: |  |
|  |

1. **DISCIPLINAS CURSADAS NO ÚLTIMO SEMESTRE (NOME DA DISCIPLINA/CRÉDITO/CARGA HORÁRIA)**
2. **DISCIPLINAS QUE PRETENDE CURSAR NO PRÓXIMO SEMESTRE (NOME DA DISCIPLINA/CRÉDITO/CARGA HORÁRIA)**
3. **ESTADO ATUAL DE ELABORAÇÃO DA PESQUISA**
4. **ESPECIFICAR, QUANDO HOUVER, PRODUÇÃO BIBLIOGRÁFICA REALIZADA NO PERÍODO (NECESSARIAMENTE ATUALIZADA NO CURRÍCULO LATTES)**
5. **OUTRAS ATIVIDADES ACADÊMICAS DESENVOLVIDAS NO PERÍODO**
6. **AUTO-AVALIAÇÃO SOBRE SEU DESEMPENHO NO PERÍODO EM PAUTA**
7. **AVALIAÇÃO PELO ORIENTADOR(A) DO DESEMPENHO DO(A) ALUNO(A) NO PERÍODO EM PAUTA**
8. **DATA E ASSINATURA DO(A) ALUNO(A) E DO ORIENTADOR(A)**

Data Assinatura do(a) aluno(a) Assinatura do(a) Orientador(a)

(a assinatura do orientador pode ser substituída por um email em que o mesmo realize a avaliação do/a aluno/a no corpo do texto, o qual deve ser salvo e enviado junto com este relatório)

Ilmº. (ª) Sr. (ª)

REQUERIMENTO PARA TROCA DE TURMA (ANEXO 3)

Coordenador(a) do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de Pernambuco Prof. (ª) Dr. (ª)

nome completo do(a) aluno(a)

alocado(a) na turma nº \_ , subdivisão (A/B), da(s) disciplina(s)

do curso de (Mestrado/Doutorado) e

 ,

nome completo do(a) aluno(a)

alocado(a) na turma nº \_ , subdivisão (A/B), da(s) disciplina(s)

do curso de (Mestrado/Doutorado),

vêm, em comum acordo, solicitar troca de turma, cumprindo assim a formalidade exigida pelo manual de matrícula.

Recife, de de

De acordo,

# CONTATO DOS ALUNOS:

**NOME:**

**TELEFONE FIXO E CELULAR: EMAIL:**

**NOME:**

**TELEFONE FIXO E CELULAR: EMAIL:**