**REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO DE DOCENTE**

Professor(a) Dr.(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, matricula SIAPE nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_, ocupante do cargo efetivo de docente de 3º grau, vinculado ao curso de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, vem respeitosamente solicitar credenciamento no Programa de Pós-Graduação em Inovação Farmacêutica – PPGIF, da Universidade Federal do Amapá –UNIFAP, na categoria de docente (permanente/colaborador) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, manifestando interesse em contribuir com as atividades do mestrado, na linha de pesquisa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Declaro estar ciente das normas de credenciamento de docentes do Programa de Pós-Graduação em Inovação Farmacêutica – PPGIF/UNIFAP e do Regimento Interno.

Atenciosamente,

Macapá-AP, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 201\_\_

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

**Assinatura do Docente**