****

**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**CEP.: 88040-900 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA-BRASIL**

**Fone/fax. (048) 3721.4910 - 3721.9787**

**E-mail: ppgen@contato.ufsc.br**

[**www.pen.ufsc.br**](http://www.nfr.ufsc.br/pen)

 **ACOMPANHAMENTO DE BOLSISTAS DE MESTRADO E DOUTORADO**

**1. Dados de Identificação**

Nome do bolsista:

Curso: ( ) mestrado ( ) doutorado

Agência de Fomento:

Orientador:

Grupo de pesquisa:

Área de concentração:

Data de início do Curso:

Data de início da Bolsa

As informações solicitadas abaixo estão de acordo com:

- Resolução Normativa CNPq n. 017/2006, que estabelece as normas gerais e específicas para a concessão de bolsas no país;

- Portaria CAPES n. 76/2010, que regulamenta o Programa de Demanda Social;

- Resolução n.40/CPG/2010, que regulamenta a Comissão de Bolsas no âmbito dos Programas de Pós-Graduação da UFSC;

- Política para concessão e renovação de bolsas de estudo do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC de 2010.

**2. Informações fornecidas pelo bolsista:**

* 1. Dedicação INTEGRAL às atividades acadêmicas e de pesquisa:

- Listar as atividades de pesquisa desenvolvidas em conjunto com orientador.

- Listar as atividades acadêmicas desenvolvidas no período (estágio de docência, participação em palestra, no grupo de pesquisa, e em outras atividades promovidas pelo PEN/UFSC ou outros programas de pós-graduação).

* 1. A **produção bibliográfica** deverá ser informada no **Relatório Anual Discente**.
	2. O bolsista recebe remuneração proveniente de vínculo empregatício ou funcional concomitante com a bolsa?

( ) Não ( ) Sim. Listar qual(is)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.4 Em caso positivo, o aluno teve anuência do ORIENTADOR edo PEN/UFSC?

( ) Não ( ) Sim. Do orientador. Informar data: \_\_\_\_/­­­\_\_\_\_/ 201\_\_ .

 ( ) Sim. Do PEN/UFSC. Informar data: \_\_\_\_/­­­\_\_\_\_/ 201\_\_ .

2.5 O bolsista atualiza o Currículo Lattes periodicamente?

( ) Não ( ) Sim. Qual periodicidade?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Informar a data da última atualização: \_\_\_\_/­­­\_\_\_\_/ 201\_\_ .

1. O bolsista reside em Florianópolis/SC?

( ) Não ( ) Sim

Informar endereço:

**3. Informações fornecidas pelo orientador**:

Cumpre ao orientador emitir parecer sobre:

- As informações acima descritas

- O cumprimento do plano de trabalho estabelecido

Data: \_\_\_\_/­­­\_\_\_\_/ 201\_\_

Assinatura do orientador Assinatura do bolsista