**FOST 1. IDENTIFICAÇÃO**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome Completo do Programa(sem abreviações) | Programa de Pós-Graduação em XXX |
| Sigla do programa |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Área de Conhecimento\*(marcar com um X) |  | Ciências Agrárias |  | Ciências Exatas e da Terra |  | Ciências Humanas |
|  | Ciências Biológicas |  | Engenharias |  | Ciências Sociais Aplicadas |
|  | Ciências da Saúde |  | Multidisciplinar |  | Linguística, Letras e Artes |

|  |  |
| --- | --- |
| Área de Avaliação\* |  |

\*Ver site da CAPES: <https://www.gov.br/capes/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/avaliacao/sobre-a-avaliacao/areas-avaliacao/sobre-as-areas-de-avaliacao/sobre-as-areas-de-avaliacao#areas>

|  |
| --- |
| Curso(s)\*\*(marcar com um X) |
| MESTRADO ACADÊMICO |  | DOUTORADO ACADÊMICO |  |
| MESTRADO PROFISSIONAL |  | DOUTORADO PROFISSIONAL |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Unidade Acadêmica executora |  |
| Centro Setorial |  |
| Telefone |  |
| Nome do Coordenador |  |
| CPF do Coordenador |  |
| E-mail Institucional do Coordenador |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Demais Unidade(s) Acadêmica(s) participante(s) |  |

**INSERIR A(S) ATA(S) DO(S) CONSELHO(S) DEPARTAMENTAL(IS) DA(S) UNIDADE(S) ACADÊMICA(S) PARTICIPANTE(S) INFORMANDO APROVAÇÃO DA REFORMULAÇÃO**

**(OBRIGATÓRIO)**

**(Incluir ata de TODAS as unidades participantes da gestão do Programa)**