



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CEP. 58059-900 – JOÃO PESSOA - PARAIBA - BRASIL
Tel. (83) 3216.7109 - Fax (83) 3216.7162
E-mail: ppgenf@ccs.ufpb.br - Homepage: www.ccs.ufpb.br/ppge/

**FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE RECRENCIAMENTO NO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM/UFPB***

EU, _____,
graduado em _____ pela (IES)
_____ solicito, à Coordenação, meu
recredenciamento ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFPB.

Informar dados solicitados abaixo:

- Grupo de Pesquisa cadastrado no diretório de Grupos de Pesquisa da Plataforma
Lattes-CNPq ao qual está vinculado: _____

- Este Grupo de Pesquisa está vinculado ao PPGENF? () Sim () Não

- Linha de Pesquisa em que atua: _____

- Esta Linha está vinculada ao PPGENF? () Sim () Não

- Caso a Linha não seja vinculada ao PPGENF, em que Linha do PPGNF pretende se
inserir? _____

- Qual a articulação do projeto de pesquisa apresentado para este recredenciamento às
linhas de pesquisa do PPGENF? _____

- Justifique seu pedido de recredenciamento: _____

João Pessoa, _____ / _____ / _____.

* Somente para docentes que foram descredenciados e estão solicitando recredenciamento.