

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE MATO GROSSO

**RELATÓRIO DAS ATIVIDADES DE SERVIDORES AFASTADOS
PARA PÓS-GRADUAÇÃO (Mestrado, Doutorado e Pós-doutorado)**

**Orientações**:

* Este relatório deve ser preenchido corretamente e encaminhado ao ***Campus*** e à **Diretoria de Pesquisa e Pós-Graduação** (Reitoria – PROPES) até 30 dias após o término de cada período letivo para cursos semestrais ou anuais e a cada dois períodos letivos para programas trimestrais.
* Anexar o **histórico escolar** atualizado e **comprovante de matrícula** no período subsequente.
* O pós-graduando(a), o orientador(a) e o coordenador(a) do programa de Pós-Graduação devem **assinar** ao final deste formulário.
* No **1º Relatório** deve-se anexar resumo do Projeto de pesquisa de dissertação ou tese (10 a 20 linhas - Fonte Arial, tamanho 11), acompanhado de cronograma de execução das atividades da pesquisa.
* **Contatos**: pos.graduacao@ifmt.edu.br e (65) 3616-4180 / 4114.

| **ESTE RELATÓRIO É REFERENTE AO PERÍODO DE: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_** |
| --- |
| **1. PÓS-GRADUANDO** |
| 1.1 Nome Completo: |
| 1.2 *Campus* do IFMT: | 1.3 Dpto./setor de lotação: | 1.4 Período total de Afastamento:\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ |
| 1.5 Portaria de afastamento: |
| 1.6 Endereço para correspondência durante a capacitação: |
| Bairro: | Cidade: | UF: | CEP: | 1.7 Telefone fixo:( ) | 1.8 Celular:( ) |
| 1.9 e-mail: | Endereço do currículo Lattes: | Última Atualização: |

|  |
| --- |
| **2. PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO** |
| 2.1 Instituição de ensino: | 2.2 Nível do curso: |
| 2.3 Nome do curso: | 2.4 Nome do Coordenador do curso: |
| 2.5 Grande área (CNPQ): | 2.6 Área de concentração (CNPQ): |
| 2.7 Início do curso: | 2.8 Previsão de término do curso (observar prazo máximo): |
| 2.9 Número de créditos exigidos: | 2.10 Número de créditos concluídos até o momento: |
| 2.11 Data de realização da qualificação: | 2.12 Conceito obtido na qualificação: |

|  |
| --- |
| **3. DISSERTAÇÃO/TESE** |
| 3.1 Título: |
| 3.2 Descrição das atividades realizadas durante o período a que se refere este relatório.  |
| **ATIVIDADE** | **SITUAÇÃO** (Concluída ou Andamento) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **4. PRODUÇÃO INTELECTUAL/CIENTÍFICA** (Anexar a primeira página da produção ou o certificado em que conste sua autoria) |
|  |
| **5. Descreva as dificuldades ou limitações para o desenvolvimento das atividades do período relativo a este relatório, caso tenha ocorrido.** |
|  |

| **6. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DO PERÍODO SUBSEQUENTE (­­­­­­­­­­­­­­­­ \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ a \_\_\_\_ / \_\_\_\_/ \_\_\_\_ )**  |
| --- |
| **Atividade** | **Mês 01** | **Mês 02** | **Mês 03** | **Mês 04** | **Mês 05** | **Mês 06** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **7. ORIENTADOR** |
| 7.1 Nome completo: | 7.2 Telefone: ( ) |
| 7.3 Departamento/instituição: | 7.4 e-mail: |
| 7.5 Endereço para contato (atualizado): |

|  |
| --- |
| **8. COMPROMISSO DAS DECLARAÇÕES** |
| O presente relatório, incluindo o histórico escolar e comprovante de matrícula para o próximo período, expressa a verdade e nós, pós-graduando, orientador e coordenador do Programa, assumimos inteira responsabilidade pelas informações.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_.Assinaturas: |
| Pós-Graduando | Orientador | Coordenador do Programa de Pós-Graduação |

**ANEXOS**

A - HISTÓRICO ESCOLAR ATUALIZADO

B – COMPROVANTE DE MATRÍCULA DO PERÍODO SUBSEQUENTE

C – DEMAIS DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS