

Ministério da Educação

Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso

Pró-Reitoria de Pesquisa e Inovação

RELATÓRIO SEMESTRAL DE ATIVIDADES DE PÓS-GRADUAÇÃO (MESTRADO, DOUTORADO E PÓS-DOUTORADO)

Referente ao período de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*Em caso de DÚVIDA, ligue: 65 3616-4112 / 4113 / 4114 ou envie e-mail para pos.graduacao@ifmt.edu.br.

\*Após o preenchimento, assinar (pós-graduando(a), orientador(a) e coordenador(a) do programa) e encaminhar à Pró-Reitoria de Pesquisa e Inovação até 30 após o término do semestre (31 de julho e 31 de janeiro).

\*Enviar também **comprovante de matrícula** para o próximo período e **histórico escolar** atualizado.

| **1. PÓS-GRADUANDO** |
| --- |
| 1.1 Nome Completo: |
| 1.2 Campus do IFMT: | 1.3 Departamento/setor de lotação: | 1.4 Período da licença: |
| 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: |
| 2.11 Data de realização da qualificação | 2.12 conceito obtido na qualificação |
| **3. DISSERTAÇÃO/TESE** |
| 3.1 Título: |
| 3.2 Descrição das fases realizadas (concluídos e/ou em andamento), desde o início da pós-graduação): |
| **Atividades** | **Início** | **Término** | **Situação** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **4. PRODUTIVIDADE INTELECTUAL/CIENTÍFICA** |
|  |
| **5. ANÁLISE DAS ATIVIDADES E DESENVOLVIDAS NO SEMESTRE (feita pelo pós-graduando)** |
|  |

| **6. CRONOGRAMA PARA O PRÓXIMO SEMESTRE** |
| --- |
| **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): |
| **7.6 Avaliação de desempenho do pós-graduando, feito pelo orientador:** |
| Sr. Orientador(a), faça uma breve avaliação do desempenho de seu orientando(a), informando sobre o cumprimento do cronograma até o momento e analisando se o cronograma previsto para o próximo semestre possibilitará a conclusão desta pós-graduação dentro do prazo de licença previsto. |

|  |
| --- |
| **8. COMPROMISSO DAS DECLARAÇÕES** |
| O presente relatório expressa a verdade e nós, pós-graduando, orientador e coordenador do Programa, assumimos inteira responsabilidade pelas informações.Local:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, data: \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Pós-Graduando(Assinatura) | Orientador(Assinatura) | Coordenador do Programa(Assinatura) |