|  |
| --- |
| REQUERIMENTO DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO |
|  [ ]  1º requerimento [ ]  2º requerimento (em caso de reprovação)*\* Preenchimento digitado* |
| **DADOS PESSOAIS** |
| Pós-graduando(a):      | RA:      |
| Telefone fixo: (     )       Celular: (     )       |
| *E-mail*:       |
|  |
| **DADOS DE AGENDAMENTO** |
| Data da Defesa:      /     /      Horário:        |
| Título da Dissertação de Mestrado:       |
| **MODALIDADE****[ ]** Presencial [ ]  Videoconferência (híbrido) [ ]  On-line |
| RECURSOS NECESSÁRIOS |
|  [ ]  Computador  [ ]  Projetor Multimídia [ ]  Link Plataforma Moodle (ambiente virtual)  |
| Outros:       |

|  |
| --- |
| Reservado à Secretaria do Programa |
| Exame Geral de Qualificação de Mestrado ( ) Aprovado ( ) Reprovado |
| Data da Qualificação: Visto Secretaria: |

|  |
| --- |
| Marília,       de       de 20     .  |
|   |
| **Assinatura do(a) Orientador(a) Assinatura do(a) Pós-Graduando(a)** |
|  |

|  |
| --- |
| INDICAÇÃO PARA COMPOR A BANCA EXAMINADORA |
| \* Titulação Mínima dos Membros: Doutorado |
| **1º TITULAR (Orientador)** |
| Nome:       |
| CPF:       |
| Instituição:       |
| Endereço:       |
| Cidade:       UF:       CEP:       |
| Telefone: (     )       E-mail:        |
| **2º TITULAR (Programa ou FAMEMA ou Externo)**Nome:       |
| CPF:        |
| Instituição:       |
| Endereço:       |
| Cidade:       UF:       CEP:       |
| Telefone: (     )       E-mail:        |
| **3º TITULAR (Externo ao Programa e à FAMEMA)**Nome:       |
| CPF:       |
| Instituição:       |
| Endereço:       |
| Cidade:       UF:       CEP:       |
| Telefone: (     ) E-mail:        |

|  |
| --- |
| **1º SUPLENTE (Programa ou FAMEMA ou Externo)**Nome:       |
| CPF:       |
| Instituição:       |
| Endereço:       |
| Cidade:       UF:       CEP:       |
| Telefone: (     ) E-mail:        |
| **2º SUPLENTE (Externo ao Programa e à FAMEMA)**Nome:       |
| CPF:       |
| Instituição:       |
| Endereço:       |
| Cidade:       UF:       CEP:       |
| Telefone: (     )       E-mail:        |
| Marília,       de       de 20     . |
|   |
| **Assinatura do(a) Orientador(a) Assinatura do(a) Pós-Graduando(a)** |
| Visto Secretaria: |

|  |
| --- |
| Reservado ao Conselho do Programa |
| Data da Reunião: |
| Parecer: |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Assinatura: |

\*revisão maio 2023.