**SOLICITAÇÃO DE AGENDAMENTO DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO**

**À Coordenação do Programa de Pós-graduação em Saúde coletiva – Universidade Federal da Paraíba**

Prezado Coordenador,

Venho através deste documento solicitar a aprovação do pedido de agendamento do exame de qualificação a seguir.

Nome do aluno:

Nome do orientador:

Título do trabalho:

Data do exame:

Hora:

Local:

Membros da banca examinadora

Titulares (Nome/Programa de Pós-graduação/Instituição):

1. Presidente –
2. Membro 1 –
3. Membro 2 –

Suplentes: (Nome/ Programa de Pós-graduação/Instituição)

1. Membro 1 – externo ao PPGSC
2. Membro 2 – interno ao PPGSC

João Pessoa, / / .

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Assinatura do aluno Assinatura do orientador

COMPOSIÇÃO BANCA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO – PPGSC

TÍTULO

DISCENTE

ORIENTADOR: PRESIDENTE

2 MEMBRO (EXTERNO AO PROGRAMA)

NOME

IES

3 MEMBRO (INTERNO DO PROGRAMA)

NOME

SUPLENTE (EXTERNO AO PROGRAMA)

NOME

IES

SUPLENTE (INTERNO DO PROGRAMA)

NOME

Declaro que todos os membros listados têm titulação mínima e DOUTOR, reconhecida experiência em pesquisa na área de conhecimento do trabalho com produção intelectual comprovadas nos últimos cinco anos e não apresenta conflitos de interesse.

João Pessoa, de

Orientador

|  |
| --- |
| **Dados da Dissertação** |
| Título:  |
| Área de concentração: |
| Linha de Pesquisa em que se enquadra:  |
| Resumo |
|  |
| Palavras-chave:  |
| Número de Páginas |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Assinatura do aluno Assinatura do orientador

Preencher para todos os membros

|  |
| --- |
| Membro  |
| Nome:  |
| Data de Nascimento:  |
| CPF:  |
| RG/Órgão Emissor:  |
| Instituição de Origem:  |
| Titulação:  |
| Área de Titulação:  |
| Instituição de Titulação: |
| Ano da Titulação |
| Endereço Comercial: |
| Telefone Comercial: |
| Endereço Residencial: |
| Telefone Residencial: |
| Telefone Celular: |
| E-mail: |

|  |
| --- |
| Membro  |
| Nome:  |
| Data de Nascimento:  |
| CPF:  |
| RG/Órgão Emissor:  |
| Instituição de Origem:  |
| Titulação:  |
| Área de Titulação:  |
| Instituição de Titulação: |
| Ano da Titulação |
| Endereço Comercial: |
| Telefone Comercial: |
| Endereço Residencial: |
| Telefone Residencial: |
| Telefone Celular: |
| E-mail: |