Universidade Federal da Paraíba – UFPB Centro de Ciências da Saúde - CCS

Programa de Pós-graduação em Fisioterapia – PPGFIS <http://ufpb.br/pos/ppgfis>

FICHA DE REQUERIMENTO PARA BANCA DE QUALIFICAÇÃO

A(o) Sr.(a) Coordenador(a) do

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA - PPGFIS/UFPB

Solicito a V. Sa a a composição da Banca examinadora de projeto de mestrado do(a)

estudante , matrícula

, a ser realizada no dia \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/ às \_\_\_\_\_\_\_horas.

**INFORMAÇÕES PARA CADASTRO NO SIGAA**

1) Título da dissertação: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2) Título da dissertação em inglês: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3) Número de páginas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4) Membros:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **MEMBROS (Nome completo)** | **ÓRGÃO/INSTIT. A QUE PERTENCE** | **Contato (e-mail)** |
| (Orient.) |  |  |
| (Memb1.) |  |  |
| (Membro Externo) |  |  |
| Suplentes:  Memb1.:  Memb.externo: |  |  |
| Dados do examinador externo 1 | CPF: | Ano titulação: |

5) Resumo:

6) Palavras-chave:

7) Abstract:

8) Keywords:

9) Necessidade de sala de videoconferência? ( ) Sim ( ) Não

João Pessoa, de de 2020.

Nestes Termos, P. Deferimento,

Assinatura do (a) Solicitante

|  |  |
| --- | --- |
| **AUTORIZAÇÃO DO(A)**  **ORIENTADOR(A)** | Estou ciente e autorizo a solicitação do (a) estudante.  Assinatura do(a) orientador(a) |