



AGENDAMENTO DO EXAME DE QUALIFICAÇÃO

Aluno(a): _____

Ano de Ingresso: _____ Tel.: _____ e-mail: _____

Orientador(a): _____

Segundo(a) Orientador(a): _____

Terceiro(a) Orientador(a): _____

O segundo ou terceiro orientador participará da Banca? () SIM () NÃO

Título do Projeto: _____

Data do Exame: ____/____/____ Horário: _____ Sala: _____

A defesa acontecerá por vídeo conferência ou presencial? _____

Professores Doutores Examinadores (nome por extenso, Programa e sigla da Instituição):

Membro pertencente ao Programa

Dr(a). _____

Membro não pertencente ao Programa

Dr(a). _____

Nome do Programa _____ Instituição _____

Suplente pertencente ao Programa

Dr(a). _____

Observação: Todos os membros da Banca devem ser portadores do título de Doutor.

Examinador Externo Efetivo:

Nome: _____

Tel.: _____ e-mail: _____

Endereço: _____

Nacionalidade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Instituição onde concluiu o Doutorado: _____

Área: _____ Ano de Conclusão: _____

Instituição de vínculo: _____

RG: _____ CPF: _____

Passagem aérea: () NÃO () SIM

Observação: As informações solicitadas referentes ao examinador externo efetivo são necessárias para preenchimento de Relatórios para Agências de Fomento.

O projeto será enviado ao Comitê de Ética? () SIM () NÃO

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) Orientador(a)

Assinatura do(a) Aluno(a)