

AGENDAMENTO DA DEFESA DE TESE DE DOUTORADO
(Preencher o formulário em letra de forma, evitando abreviações)

Aluno(a): _____

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

Orientador(a): _____

Segundo(a) Orientador(a): _____

Terceiro(a) Orientador(a): _____

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

DADOS ADICIONAIS

Tipo Vínculo: () CLT, () Servidor Público, () Aposentado, () Colaborador, () Bolsa de Fixação

Vínculo Atual: () Instituição de Ensino e Pesq., () Emp. Pública ou Estatal, () Emp. Privada, () Outros

Expectativa de Atuação: () Ensino e Pesquisa, () Pesquisa, () Empresa, () Profissional Autônomo, () Outras

() Assinale se há expectativa de atuação na mesma área de titulação do Curso

Título da Tese: _____

Data da Defesa: ____/____/____ 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 pertencente ao Programa

Dr(a). _____

Membro não pertencente ao Programa (externo à Fiocruz)

Dr(a). _____

Nome do Programa _____ Instituição _____

Membro não pertencente ao Programa (externo à Fiocruz)

Dr(a). _____

Nome do Programa _____ Instituição _____

Suplente pertencente ao Programa

Dr(a). _____

Suplente não pertencente ao Programa (externo à Fiocruz)

Dr(a). _____

Nome do Programa _____ Instituição _____

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

Examinadores Externos (externos a à Fiocruz):

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

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

Suplente (externo à Fiocruz)

Nome: _____

Tel.: _____ e-mail: _____

Endereço: _____

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



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

SUBMISSÃO DO COMITÊ DE ÉTICA:

“Todo projeto de pesquisa que envolver sujeitos de pesquisa em seu estudo, direta ou indiretamente. Para exemplificar de modo adequado ao campo das Ciências Humanas e Sociais, muito simplificada, poderíamos caracterizar a análise de prontuários médicos, por exemplo, como “participação indireta” de sujeitos de pesquisa em um determinado estudo; e como “participação direta” poderíamos apontar a realização de entrevistas.”

Projeto submetido ao CEP (anexar parecer).

Projeto não submetido ao CEP por não envolver sujeitos de pesquisa direta ou indiretamente.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) Orientador(a)

Assinatura do(a) Aluno(a)