À Coordenação do **Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde**

Assunto: Proposta de banca examinadora para defesa de **MESTRADO**

Solicito ao Colegiado do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde aprovação para a defesa de dissertação de mestrado do (a) aluno (a):

**Número de Matrícula:**

**Discente:**

**E-mail:**

**Curso de:** Mestrado Acadêmico( ) Mestrado Profissional ( )

**Título do Trabalho**:

**Data:**\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ **Horário:**\_\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_\_\_\_

**Local:**

**Plataforma/Link:**

Possui Bolsa: Sim ( ) Não ( )

Possui **PRORROGAÇÃO DE PRAZO PARA DEFESA:** Sim ( ) Não ( )

**Banca Examinadora**

|  |
| --- |
| **Presidente – Orientador** |

**\*Prof(a) Dr(a):**

\***Área da Titulação**: **\*Ano:**

**\*Instituição de origem:** (onde trabalha)

**\*Tipo de vínculo:** (Prof., Dr., Aposentado, Pós-doc)

\***Unidade Acadêmica:** (setor que trabalha)

\***Unidade SEI (UFU):**

\***CPF:**

**\*E-mail:**

|  |
| --- |
| **Titular 1 – Membro Externo** |

**\*Prof(a) Dr(a):**

\***Área da Titulação**: **\*Ano:**

**\*Instituição de origem:** (onde trabalha)

**\*Tipo de vínculo:** (Prof., Dr., Aposentado, Pós-doc)

\***Unidade Acadêmica:** (setor que trabalha)

**\*Possui Cadastro SEI – EXTERNO – UFU ( )Sim ( )Não**

\***CPF:**

**\*E-mail:**

|  |
| --- |
| **Titular 2 – Membro Interno** |

**\*Prof(a) Dr(a):**

\***Área da Titulação**: **\*Ano:**

**\*Instituição de origem:** (onde trabalha)

**\*Tipo de vínculo:** (Prof., Dr., Aposentado, Pós-doc)

\***Unidade Acadêmica:** (setor que trabalha)

\***Unidade SEI (UFU):**

\***CPF:**

**\*E-mail:**

|  |
| --- |
| **Suplente 1 – Membro Externo** |

**\*Prof(a) Dr(a):**

\***Área da Titulação**: **\*Ano:**

**\*Instituição de origem:** (onde trabalha)

**\*Tipo de vínculo:** (Prof., Dr., Aposentado, Pós-doc)

\***Unidade Acadêmica:** (setor que trabalha)

**\*Possui Cadastro SEI – EXTERNO – UFU ( )Sim ( )Não**

\***CPF:**

**\*E-mail:**

|  |
| --- |
| **Suplente 2 – Membro Interno** |

**\*Prof(a) Dr(a):**

\***Área da Titulação**: **\*Ano:**

**\*Instituição de origem:** (onde trabalha)

**\*Tipo de vínculo:** (Prof., Dr., Aposentado, Pós-doc)

\***Unidade Acadêmica:** (setor que trabalha)

\***Unidade SEI (UFU):**

\***CPF:**

**\*E-mail:**

Atesto que os membros da banca não são co-autores/inventores do artigo e/ou patente apresentados na dissertação.

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

 **Assinatura do (a) Orientador (a) Assinatura Discente**