**REQUERIMENTO DE AGENDAMENTO DO EXAME DA DEFESA DE TESE**

Eu, abaixo identificado, venho mui respeitosamente requerer dessa coordenação APROVAÇÃO DOS NOMES PARA COMPOSIÇÃO DA BANCA DE DEFESA DE TESE, bem como AGENDAMENTO DA DEFESA, conforme a seguir especificado:

|  |  |
| --- | --- |
| Nome  |  |
| Programa | **Doutorado em Saúde Pública-DASPAM** |
| Ano de Ingresso |  |
| Telefone |  |
| e-mail |  |

|  |
| --- |
| Nome do Orientador(a): Nome do Coorientador(a) (Se houver): |
| Título da Dissertação\*:  |
| \*Atentar-se para o emprego correto de letras maiúsculas e minúsculas, além do emprego correto do itálico para nomenclaturas científicas/taxonomia. |
| Data de realização da defesa de dissertação de mestrado:  |
| Horário (Fuso de Manaus/AM):  |
| Formato: ( ) Presencial ( ) Virtual/online\*\* |
| \*\*Especificar no corpo do e-mail se necessitará utilizar sala do ILMD para a defesa |
| **BANCA EXAMINADORA** |
| **MEMBROS****Não altere a estrutura abaixo** | **NOME** |
| **Presidente**(Orientador(a)) | Prof(a). Dr(a). CPF:E-mail:Telefone: |
| Membro(Interno **do Programa**) | Prof(a). Dr(a). CPF:E-mail: Telefone: |
| Membro(Interno ou Externo **ao Programa**) | Prof(a). Dr(a). CPF:E-mail:Telefone:Data de nascimento:Instituição onde atua profissionalmente:Titulação: DOUTORADOAno da maior titulação:Área do conhecimento: Instituição da titulação: |
| Membro**(Externo** **ao Programa)** | Prof(a). Dr(a). CPF:E-mail:Telefone:Data de nascimento:Instituição onde atua profissionalmente:Titulação: DOUTORADOAno da maior titulação:Área do conhecimento: Instituição da titulação |
| Membro Suplente(Interno **do Programa**) | Prof(a). Dr(a). CPF:E-mail:Telefone: |
| Membro Suplente(Externo **ao Programa**) | Prof(a). Dr(a). CPF:E-mail:Telefone:Data de nascimento:Instituição onde atua profissionalmente:Titulação: DOUTORADOAno da maior titulação:Área do conhecimento: Instituição da titulação: |
|  Manaus,\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ 20\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura do Orientador Assinatura do alunoOBS: assinar via gov.br ou certificado digital  |

As informações preenchidas neste formulário serão reproduzidas nas cartas-convites, declarações, portarias, atas e materiais de divulgação.