**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: DOUTORADO  Ano 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: DOUTORADO  Ano 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: DOUTORADO  Ano da maior titulação:  Área do conhecimento:  Instituição da titulação: |
| Manaus,\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ 20\_\_\_.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do Orientador Assinatura do aluno  OBS: assinar via gov.br ou certificado digital | | |

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