|  |
| --- |
| **SOLICITAÇÃO DE HOMOLOGAÇÃO DE BANCA DE DEFESA DE DOUTORADO** |

**AO/A PROFESSOR/A:**

**-** Coordenador/a do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social/UFRN

|  |  |
| --- | --- |
| Nome do/a doutorando/a: | |
| Título do trabalho: | |
| Data de realização da banca:   /  / | Horário: |

**COMISSÃO EXAMINADORA:**

A Banca Examinadora da Tese deverá ter a seguinte composição: 03 (três) professores do Programa, 02 (dois) professores externos à Instituição com título de Doutor, como membros efetivos, além de 01 (um) membro suplente.

**MEMBROS TITULARES:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Orientador/a** | |
| Prof(ª). Dr(ª): | |
| Como deseja receber o texto: |  |
| Tipo de participação: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Examinador/a interno** | |
| Prof(ª). Dr(ª): | |
| Como deseja receber o texto: |  |
| Tipo de participação: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Examinador/a interno** | |
| Prof(ª). Dr(ª): | |
| Como deseja receber o texto: |  |
| Tipo de participação: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Examinador/a externo** | | |
| Prof(ª). Dr(ª): | | |
| Contatos: | E-mail: | Telefone: (  ) |
| Como deseja receber o texto: |  | |
| Tipo de participação: |  | |
| CPF |  | |
| RG ou PASSAPORTE: |  | |
| SIAPE (para servidores federais) |  | |
| Instituição/Sigla | / | |
| Financiamento\* pelo PPGAS |  | |
|  | |
| Endereço para envio do trabalho impresso |  | |

**\*Em nenhuma hipótese será possível combinar o custeio de diárias, passagem e hospedagem para uma só pessoa**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Examinador/a externo** | | |
| Prof(ª). Dr(ª): | | |
| Contatos: | E-mail: | Telefone: (  ) |
| Como deseja receber o texto: |  | |
| Tipo de participação: |  | |
| CPF |  | |
| RG ou PASSAPORTE: |  | |
| SIAPE (para servidores federais) |  | |
| Instituição/Sigla | / | |
| Tempo de permanência | Data de chegada   /  /  Data de saída   /  / | |
| Financiamento\* pelo PPGAS |  | |
|  | |
| Endereço para envio do trabalho impresso |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Suplente interno** | |
| Prof(ª). Dr(ª): | |
| Como deseja receber o texto: |  |
| Tipo de participação: |  |

Natal/RN,   /  /

|  |
| --- |
| Clique aqui para digitar texto. |

Assinatura do(a) orientador(a)

|  |
| --- |
| Clique aqui para digitar texto. |

Assinatura do(a) aluno(a)