**Marcação de Exame de Qualificação/Defesa**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Senhora Coordenadora, Rosiane Viana Zuza Diniz  Solicito a Vossa Senhoria autorizar a marcação do Exame de Qualificação/Defesa do(a) aluno(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ deste programa de Pós-Graduação. | | | | | | |
| **DADOS GERAIS** | | | | | | |
| Orientando: |  | | | | | |
| Matrícula: |  | | | | | |
| Curso de Graduação: |  | | | | | |
| E-mail: |  | | | Telefone: |  | |
| Orientador: |  | | | | | |
| Linha de Pesquisa no Programa: |  | | | | | |
| Área: |  | | | | | |
| **BANCA EXAMINADORA** | | | | | | |
| Será por videoconferência? | | Link para acesso: |  | | | |
| **Presidente** (Orientador) | | Nome: |  | | | |
| Telefone: |  | | | |
| E-mail: |  | | | |
| Link do Currículo Lattes: |  | | | |
| **Dados necessários caso o examinador seja da UFRN** (interno ou externo ao Programa) | | Nome: |  | | | |
| Telefone: |  | | | |
| E-mail: |  | | | |
| Departamento: |  | | | |
| Link do Currículo Lattes: |  | | | |
| **Dados necessários caso o examinador seja externo à instituição** (de outra instituição de ensino superior) | | Nome: |  | | | |
| CPF: |  | | | |
| Telefone: |  | | | |
| E-mail: |  | | | |
| Instituição de Ensino: |  | | | |
| Maior Formação: |  | | | |
| Ano de Conclusão: |  | | | |
| Link do Currículo Lattes: |  | | | |
| **DADOS DO EXAME** | | | | | | |
| Data Prevista: |  | | | Hora Prevista: | |  |
| Local |  | | | | | |
|  | | | | | | |
| Título do Trabalho: |  | | | | | |
| Quantidade de Páginas: |  | | | | | |
| Resumo do Trabalho: |  | | | | | |
| Palavras Chaves: |  | | | | | |
| Título do Trabalho (inglês): |  | | | | | |
| Resumo do Trabalho (inglês): |  | | | | | |
| Palavras Chaves (inglês): |  | | | | | |