|  |
| --- |
| **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)