

REQUERIMENTO PARA AGENDAMENTO DE EXAME DE QUALIFICAÇÃO

Eu, (Nome/ e-mail), matrícula _____, venho requerer à Coordenação do Programa de Pós-graduação em Artes/UFESB a constituição da Banca Examinadora para o Exame de Qualificação do projeto de mestrado:

Título:

Resumo:

Palavra-chave:

Título/Inglês:

Resumo/Inglês:

Palavra-chave/Inglês:

[Atenção! Conforme previsto na Resolução do Exame de Qualificação do PPGArtes, o material a ser submetido à Banca Examinadora deve ser anexado a este Requerimento, sendo o prazo de agendamento de 60 (sessenta) dias de antecedência à data do Exame. No caso de membros externos que nunca tenham participado de Bancas Examinadoras no PPGArtes/UFESB, também é necessário preencher o formulário de cadastro docente.]

A Banca Examinadora será composta pelos/as seguintes docentes doutores/as:

1. Orientador/a:

Nome completo: _____
Instituição de origem: _____
CPF: _____
E-mail: _____
Telefone: _____

2. Membros/as Titulares:

Nome completo: _____
Instituição de origem: _____
CPF: _____
E-mail: _____
Telefone: _____

Nome completo: _____
Instituição de origem: _____
CPF: _____
E-mail: _____
Telefone: _____

3. Membros(as) Suplentes:

Nome completo: _____

Instituição de origem: _____

CPF: _____

E-mail: _____

Telefone: _____

Nome completo: _____

Instituição de origem: _____

CPF: _____

E-mail: _____

Telefone: _____

Data: ___/___/___ Horário: ___ h___

Local de realização ou

Endereço da sala de videoconferência: _____

Assinatura do/a Estudante

Assinatura do/a Orientador/a

Porto Seguro, ___ de _____ de 20XX.

Assinatura de Anuência da Coordenação do PPGArtes/UFSB

FORMULÁRIO DE CADASTRO DOCENTE – BANCAS EXAMINADORAS

No caso de **membros externos** que nunca tenham participado de Bancas Examinadoras no PPGArtes/UFSB, preencher com as informações solicitadas abaixo para seu devido cadastramento.

Membros/as Titulares:

1. Nome completo: _____
Nome completo da mãe: _____
Data de nascimento: ___/___/___ CPF: _____
RG _____ Órgão Expedidor: _____ Data da Expedição ___/___/___

2. Nome completo: _____
Nome completo da mãe: _____
Data de nascimento: ___/___/___ CPF: _____
RG _____ Órgão Expedidor: _____ Data da Expedição ___/___/___

3. Nome completo: _____
Nome completo da mãe: _____
Data de nascimento: ___/___/___ CPF: _____
RG _____ Órgão Expedidor: _____ Data da Expedição ___/___/___

Membros/as Suplentes:

1. Nome completo: _____
Nome completo da mãe: _____
Data de nascimento: ___/___/___ CPF: _____
RG _____ Órgão Expedidor: _____ Data da Expedição ___/___/___

2. Nome completo: _____
Nome completo da mãe: _____
Data de nascimento: ___/___/___ CPF: _____
RG _____ Órgão Expedidor: _____ Data da Expedição ___/___/___

Porto Seguro, ___ de _____ de 20XX.

Assinatura do/a discente