**DEFESA DE MESTRADO**

**(OBRIGATÓRIO ENTREGAR FORMULÁRIO PREENCHIDO DIGITALMENTE, SALVO EM PDF E ENVIADO PARA** [**posdip.famed@ufms.br**](mailto:posdip.famed@ufms.br)**)**

Ao CPOS/DIP/FAMED

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data: Campo Grande,*(formato: dd/mm/aaaa)* | | Nível: **MESTRADO** |
| Aluno(a): | | RGA: |
| Orientador(a): | | Bolsista? |
| Título da Dissertação**:** | | |
| Data do Evento: *(formato: dd/mm/aaaa)* | Horário do Evento: *(formato: hh:mm)* | |
| Local do Evento: *se for virtual informar link da sala.* | | |
| Bolsista: **( ) Sim ( ) Não – Agência Financiadora:** | | |
| Projeto com Recursos Financeiros: ( ) Sim ( ) Não. Financiador: | | |
| Linha de Pesquisa vinculada no Lattes do Orientador:  *(Projeto tem que estar vigente)* | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Examinadores(as) Doutores(as)**  *O nome deve estar completo e sem erros.* | **CPF**  *(obrigatório p/ componentes fora do PPG)* | **Composição** | **Instituição** |
| Nome:  E-mail:  Celular: |  | PRESIDENTE |  |
| Nome:  E-mail:  Celular: |  | MEMBRO INT/EXT *vinculado ou não ao PPG* |  |
| Nome:E-mail:  Celular: |  | MEMBRO EXT  ***não vinculado ao PPG*** |  |
| Nome:  E-mail:  Celular: |  | SUPLENTE INT  *vinculado ao PPG* |  |
| Nome:  E-mail:  Celular: |  | SUPLENTE EXT  ***não vinculado ao PPG*** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Eu, orientador(a) do(a) aluno(a) citado, solicito ao Colegiado do PPG Doenças Infecciosas e Parasitárias/FAMED, o agendamento da **DEFESA DE MESTRADO**, conforme dados indicados. | **Assinatura do(a) orientador(a):** |

*Assinatura pode ser digitalizada*

\*No ato do envio do formulário, é obrigatório o envio do trabalho do aluno.

*Legenda:*

INT = interno

EXT = externo

PPG = Programa de pós-graduação