FORMULÁRIO DE INDICAÇÃO – PRÉ-TESE DE DOUTORADO

|  |
| --- |
| Acadêmico(a):  |
| Título da Tese:  |
| Orientador(a):  |
| Coorientador(a):  |

 Conforme os Arts. 55, *caput*, e 56 da Resolução nº 849/2024 (COPP/UFMS), bem como as orientações prestadas pela Coordenação do Programa; a presente solicitação deverá ser realizada mediante envio de formulário específico à Secretaria. No e-mail, favor informar a data, horário, modalidade (presencial, remota ou híbrida) e se haverá necessidade de agendamento de espaço físico:

|  |
| --- |
| DADOS DO(A) MEMBRO(A) DA BANCA – TITULAR 1 |
| Nome Completo: | Data de Nascimento: |
| Instituição atual/Setor:  | Matrícula SIAPE: |
| RG: | CPF: |
| Logradouro: | Nº: |
| Bairro: | Complemento: |
| CEP: | Cidade/Estado: |
| E-mail: |
| Celular: | Ramal: |
| TITULAÇÃO DO(A) MEMBRO(A) |
| Nível: | Curso: |
| Instituição de ensino/Sigla: |
| Ano de início: | Ano de término: |

|  |
| --- |
| DADOS DO(A) MEMBRO(A) DA BANCA – TITULAR 2 |
| Nome Completo: | Data de Nascimento: |
| Instituição atual/Setor:  | Matrícula SIAPE: |
| RG: | CPF: |
| Logradouro: | Nº: |
| Bairro: | Complemento: |
| CEP: | Cidade/Estado: |
| E-mail: |
| Celular: | Ramal: |
| TITULAÇÃO DO(A) MEMBRO(A) |
| Nível: | Curso: |
| Instituição de ensino/Sigla: |
| Ano de início: | Ano de término: |

|  |
| --- |
| DADOS DO(A) MEMBRO(A) DA BANCA – TITULAR EXTERNO(A) AO PROGRAMA |
| Nome Completo: | Data de Nascimento: |
| Instituição atual/Setor:  | Matrícula SIAPE: |
| RG: | CPF: |
| Logradouro: | Nº: |
| Bairro: | Complemento: |
| CEP: | Cidade/Estado: |
| E-mail: |
| Celular: | Ramal: |
| TITULAÇÃO DO(A) MEMBRO(A) |
| Nível: | Curso: |
| Instituição de ensino/Sigla: |
| Ano de início: | Ano de término: |

|  |
| --- |
| DADOS DO(A) MEMBRO(A) DA BANCA – SUPLENTE 1 |
| Nome Completo: | Data de Nascimento: |
| Instituição atual/Setor:  | Matrícula SIAPE: |
| RG: | CPF: |
| Logradouro: | Nº: |
| Bairro: | Complemento: |
| CEP: | Cidade/Estado: |
| E-mail: |
| Celular: | Ramal: |
| TITULAÇÃO DO(A) MEMBRO(A) |
| Nível: | Curso: |
| Instituição de ensino/Sigla: |
| Ano de início: | Ano de término: |

|  |
| --- |
| DADOS DO(A) MEMBRO(A) DA BANCA – SUPLENTE EXTERNO(A) AO PROGRAMA |
| Nome Completo: | Data de Nascimento: |
| Instituição atual/Setor:  | Matrícula SIAPE: |
| RG: | CPF: |
| Logradouro: | Nº: |
| Bairro: | Complemento: |
| CEP: | Cidade/Estado: |
| E-mail: |
| Celular: | Ramal: |
| TITULAÇÃO DO(A) MEMBRO(A) |
| Nível: | Curso: |
| Instituição de ensino/Sigla: |
| Ano de início: | Ano de término: |