

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**  **CCTS - CENTRO DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIAS**  **PARA A SUSTENTABILIDADE**  **PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA**  **DOS MATERIAIS – PPGCM-So**  Rodovia João Leme dos Santos, km 110, Bairro Itinga  Telefone: (15) 3229-5941  CEP 18052-780 - Sorocaba - São Paulo – Brasil  **ppgcm@ufscar.br / www.ppgcm.ufscar.br** |  |

**Data**: \_\_\_\_ / \_\_\_\_/ \_\_\_\_

**Horário**: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

(Informar data e horário já confirmados

Com disponibilidade da banca)

**EXAME GERAL DE DEFESA de MESTRADO**

***\*Preenchimento só no computador”***

|  |
| --- |
| Discente: |
| Orientador: |
| Título: |

**OBS**: Pelo menos ***um dos examinadores e seu suplente deverão ser externos ao Programa***. Indicar nomes de acordo com as tabelas abaixo. **Recomenda-se não incluir membros que possuam publicações com a participação do candidato, no tema do trabalho. O formulário preenchido deverá ser entregue na secretaria para agendamento com 20 (vinte) dias de antecedência da data do exame público de dissertação, assim como a entrega dos exemplares na secretaria para a serem encaminhados a banca examinadora.**

SUGESTÕES DE NOMES PARA COMPOR A COMISSÃO EXAMINADORA

**MEMBROS TITULARES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1** | **Orientador:** | **Instituição:** | **E-mail:** |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2** | **Nome:** | | | | **Instituição:** | **E-mail:** |
|  | | | |  |  |
|  | **Endereço:** | | | | **Bairro:-** | **CEP:** |
|  | | | |  |  |
| **Cidade:** | | | **Estado:** | **Telefone res/coml:** | **Telefone Celular:** |
|  | | |  |  |  |
| **RG nº:** | | **Data de Expedição:** | | **Data de Nascimento:** | **CPF Nº:** |
|  | |  | |  |  |
| **Dados Bancários:** | | ***\*Dados obrigatórios para solicitação de Diária para membro externo:*** | | | |
|  | **Nome do Banco:** | | **Solicita compra de passagem aérea?**  **( ) Sim ( ) Não** | | ***Informação para membros de Instituições estaduais:***  **-Recebe Auxílio alimentação, ou Cartão Alimentação (Sodex) e Auxílio Transporte?**  **( ) Sim ( ) Não** | **\* Se sim, favor informar os valores:**  **- Aux. Alim.: R$**  **- Aux. Transp. R$** |
| **Agência nº:** | |
| **Conta Corrente nº:** | |
| **3** | **Nome:** | | | | **Instituição:** | **E-mail:** |
|  | | | |  |  |
|  | **Endereço:** | | | | **Bairro:-** | **CEP:** |
|  | | | |  |  |
| **Cidade:** | | | **Estado:** | **Telefone res/coml:** | **Telefone Celular:** |
|  | | |  |  |  |
| **RG nº:** | **Data de Expedição:** | | | **Data de Nascimento:** | **CPF Nº:** |
|  |  | | |  |  |
| **Dados Bancários:** | ***\*Dados obrigatórios para solicitação de Diária para membro externo:*** | | | | |
|  | **Nome do Banco:** | **Solicita compra de passagem aérea?**  **( ) Sim ( ) Não** | | | ***Informação para membros de Instituições estaduais:***  **- Recebe Auxílio alimentação, ou Cartão Alimentação(Sodex) e Auxílio Transporte?**  **( ) Sim ( ) Não** | **\* Se sim, favor informar os valores:**  **- Aux. Alim.: R$**  **- Aux. Transp. R$** |
|  | **Agência nº:** |
|  | **Conta Corrente nº:** |

MEMBROS SUPLENTES

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **4** | **Nome:** | **Instituição:** | **E-mail:** |
|  |  |  |
|  |  |  | **Telefone:** |
|  |  |  |
|  | **Endereço:** | **Cidade:** | **Estado:** |
|  |  |  |
| **5** | **Nome:** | **Instituição:** | **E-mail:** |
|  |  |  |
|  |  |  | **Telefone:** |
|  |  |  |
|  | **Endereço:** | **Cidade:** | **Estado:** |
|  |  |  |

Sorocaba, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Orientador aluno