

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **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 ItingaTelefone: (15) 3229-5941CEP 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