| **REQUERIMENTO DE DEFESA DE**  |
| --- |
| **Dados do(a) Aluno(a)** |
| Nome:       |
| Celular:       |
| E-mail:       |
| **Dados do Trabalho** |
| Título:       |
| Área de Concentração:  |
| Data sugerida:    /    / 20   | Horário sugerido:  | Defesa sigilosa:  |
| **TIPO DE DEFESA**: ( ) Presencial ( )Hibrida  |
| **Banca Examinadora**Composição mínima: **SAPD**: Orientador + 1 docente do PPGCDTN; **Qualificação**: Orientador + 1 doutor do PPGCDTN + 1 doutor externo + 1 doutor a definir (PPGCDTN ou externo) |
| **ORIENTADOR(A):**       |
| Coorientador(a):      O(a) coorientador(a) participará da banca? |
| **1º TITULAR DO PPGCDTN:** |
| **1º TITULAR EXTERNO**:       |
| CPF:       | Celular:       |
| Instituição:       |
| E-mail:       |
| **TITULAR A DEFINIR:** |
| CPF:       | Celular:       |
| Instituição:       |
| E-mail:       |
| Suplente:       |
| Observação:       |
| Assinatura do(a) orientador(a) | Assinatura do(a) aluno(a) |