# FORMULÁRIO PARA AGENDAMENTO DE EXAME DE QUALIFICAÇÃO

# CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO NA TEMÁTICA DA DEFICIÊNCIA VISUAL DO INSTITUTO BENJAMIN CONSTANT

| Nome do Aluno: | |
| --- | --- |
| Matrícula n°: | Turma/Ano: |
| Email: | |
| Tel: | |
| Título da Dissertação: | |
| Data: / / . | Horário: |

| **COMPOSIÇÃO DA BANCA (no mínimo 3 membros):** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOME COMPLETO** | **CATEGORIAS** | **INSTITUIÇÃO** | **CPF(apenas para membros externos)** |
|  | ORIENTADOR/COORIENTADOR | IBC |  |
|  | MEMBRO PPGEDV ou EXTERNO |  |  |
|  | MEMBRO EXTERNO AO PPGEDV |  |  |
|  | MEMBRO SUPLENTE |  |  |

| **QUALIFICAÇÃO: ( ) PRESENCIAL ( ) REMOTA**  **( ) ABERTA¹ ( ) FECHADA** |
| --- |

**¹** Somente para discentes e docentes do Programa

| **PARECER DA COMISSÃO DELIBERATIVA:**  **AUTORIZA: ( ) SIM**  **( ) NÃO** |
| --- |

Rio de Janeiro, de de .



Assinatura do Aluno Assinatura do Orientador 