#  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 