Requerimento para Defesa

**Exame de Qualificação**

Data da solicitação: / /

Aluno(a):

Professor(a) Orientador(a):

Professor Coorientador(a):

Título do Trabalho:

Data aproximada da defesa: Horário:

**Composição da Banca Examinadora**

(Três membros titulares, sendo obrigatório um membro externo ao programa)

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Orientador(a) ou Coorientador(a) (presidente)**  Nome:  Titulação:  Depto/Instituição:  E-mail:  Telefone: | **2. Membro externo ao PosAutomação**  Nome:  Titulação:  Depto/Instituição:  E-mail:  Telefone: |
| **3. Membro**  Nome:  Titulação:  Depto/Instituição:  E-mail:  Telefone: | **Suplente (opcional)**  Nome:  Titulação:  Depto/Instituição:  E-mail:  Telefone: |

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do(a) aluno(a) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do(a) Orientador(a) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Requisitos** | | | |
| Índice de Aproveitamento: |  | Proficiência em Inglês: |  |
| Total de Créditos: |  |  |  |

**O formulário preenchido deve ser encaminhado para o e-mail [bancas.posautomacao@contato.ufsc.br](mailto:bancas.posautomacao@contato.ufsc.br).**