**Formulário para Defesa de Tese**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  O Pós-graduando, **(nome completo)**, autor da **tese intitulada \_\_\_\_\_\_\_,** e candidato(a) ao título de Doutor(a) em Educação Tecnológica, vem submeter à Coordenação do Programa, o pedido para composição da Banca Examinadora, conforme detalhes e informações abaixo.

|  |
| --- |
| A **Defesa de Tese** será realizada:  |
| Data:  |  |
| Horário:  |  |
| Local:\*  |  |
| Link:\*\* |  |

*\*O local deve ser previamente agendado pelo orientador junto à secretária da Direção Geral (Auditório Padre Agostinho Zago) ou no CGAE (outras salas).*\*\* *Se for online é obrigatório o envio do link de acesso.* **Dados da Banca Examinadora**

|  |
| --- |
| **1 - MEMBRO TITULAR 1 – Orientador(a)** |
| Prof(a). Dr(a).: |  |
| Instituição: |  |
| Telefones (fixo e celular): |  |
| E-mail: |  |

|  |
| --- |
| **2 - MEMBRO TITULAR 2 (Obrigatório) – Interno ao PPGET**  |
| Prof(a). Dr(a).: |  |
| Instituição: |  |
| Telefones (fixo e celular): |  |
| E-mail: |  |

|  |
| --- |
| **3 - MEMBRO TITULAR 3 (Obrigatório) – Interno ao PPGET**  |
| Prof(a). Dr(a).: |  |
| Instituição: |  |
| Telefones (fixo e celular): |  |
| E-mail: |  |

|  |
| --- |
| **4 - MEMBRO TITULAR 4 (Obrigatório) – Externo ao IFTM**  |
| Prof(a). Dr(a).: |  |
| Instituição: |  |
| Telefones (fixo e celular): |  |
| E-mail: |  |
| Endereço/n./bairro: |  |
| CEP/Cidade/UF: |  |
| CPF: |  |
| **Dados para Transporte (caso necessário)** |
| Local e horário de embarque: |  |
| Horário de retorno: |  |

|  |
| --- |
| **5 - MEMBRO TITULAR 5 (Obrigatório) – Externo ao IFTM**  |
| Prof(a). Dr(a).: |  |
| Instituição: |  |
| Telefones (fixo e celular): |  |
| E-mail: |  |
| Endereço/n./bairro: |  |
| CEP/Cidade/UF: |  |
| CPF: |  |
| **Dados para Transporte (caso necessário)** |
| Local e horário de embarque: |  |
| Horário de retorno: |  |

SUPLENTES

|  |
| --- |
| **6 - MEMBRO SUPLENTE 1 (Obrigatório - Interno ao PPGET)**  |
| Prof(a). Dr(a).: |  |
| Instituição: |  |
| Telefones (fixo e celular): |  |
| E-mail: |  |

|  |
| --- |
| **7 - MEMBRO SUPLENTE 2 (Obrigatório – Externo ao PPGET)** |
| Prof(a). Dr(a).: |  |
| Instituição: |  |
| Telefones (fixo e celular): |  |
| E-mail: |  |
| Endereço/n./bairro: |  |
| CEP/Cidade/UF: |  |
| CPF: |  |
| **Dados para Transporte (caso necessário)** |
| Local e horário de embarque: |  |
| Horário de retorno: |  |

**( ) Anexo o artigo publicado ou submetido à revista da área da Educação (Qualis A1 até B2). Anexo os prints da publicação ou da submissão à revista.** **( ) Declaro que já enviei o formulário de Atividades Programadas à Coordenação do Programa.** Uberaba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 20\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome do DoutorandoEste formulário deve ser enviado à coordenação do PPGET com **antecedência mínima de 30 (trinta) dias. É obrigatório colocar o orientador da pesquisa em cópia. É obrigatório o envio das Atividades Programadas antes desta solicitação. E-mail:** **ppget@iftm.edu.br** |