**Formulário para Defesa de Dissertação**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | O Pós-graduando, **(nome completo)**, autor do **projeto intitulado \_\_\_\_\_\_\_,** e candidato(a) ao título de Mestre, vem submeter à Coordenação do Programa, o pedido para composição da Banca Examinadora, conforme detalhes e informações abaixo.   |  |  | | --- | --- | | A **Defesa de Dissertação** 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 – Orientador(a)** | | | Prof(a). Dr(a).: |  | | Instituição: |  | | Telefones (fixo e celular): |  | | E-mail: |  |  |  |  | | --- | --- | | **2 - MEMBRO TITULAR 1 (Obrigatório) – Interno ao PPGET** | | | Prof(a). Dr(a).: |  | | Instituição: |  | | Telefones (fixo e celular): |  | | E-mail: |  |  |  |  | | --- | --- | | **3 - MEMBRO TITULAR 2 (Obrigatório) – Externo ao IFTM** | | | Prof(a). Dr(a).: |  | | Instituição: |  | | Telefones (fixo e celular): |  | | E-mail: |  | | Endereço/n./bairro: |  | | CEP/Cidade/UF: |  | | CPF: |  | | Identidade (RG) |  | | Órgão emissor / data expedição (RG) |  | | **Dados para Transporte (caso necessário)** | | | Local e horário de embarque: |  | | Horário de retorno: |  |  |  |  | | --- | --- | | **4 - MEMBRO TITULAR 3 (Opcional)** | | | 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 – SUPLENTE 1 (Obrigatório - Interno ao PPGET)** | | | Prof(a). Dr(a).: |  | | Instituição: |  | | Telefones (fixo e celular): |  | | E-mail: |  |  |  |  | | --- | --- | | **6 – SUPLENTE 2 (Obrigatório - Externo ao IFTM)** | | | Prof(a). Dr(a).: |  | | Instituição: |  | | Telefones (fixo e celular): |  | | E-mail: |  | | Endereço/n./bairro: |  | | CEP/Cidade/UF: |  | | CPF: |  |   **( ) 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 á Coordenação do Programa.**  Uberaba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 20\_\_\_.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nome do Mestrando  Este 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:** [**mestrado.educacaotecnologica@iftm.edu.br**](mailto:mestrado.educacaotecnologica@iftm.edu.br) |