

**REQUERIMENTO DE SOLICITAÇÃO DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  |  | | |
| Em atendimento ao REGULAMENTO DO PPGEEB/CEPAE/UFG, solicito à Coordenação do Programa que sejam tomadas as providências necessárias para a realização da Defesa de Dissertação de Mestrado do(a) aluno(a)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ MAT. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Linha de Pesquisa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Trabalho intitulado:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    Data prevista: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
|  | | | | | |
| **BANCA EXAMINADORA**  **Orientador**: Nome completo, sem abreviação | | | | |
| Instituição (Programa):  Contato: Tel/E-Mail:  CPF: | | | | |
| **(1) Membro Titular (interno)**: Nome completo, sem abreviação | | | | |
| Instituição (Programa):  Contato: Tel/E-Mail:  CPF: | | | | |
| **(2) Membro Titular (externo)**: Nome completo, sem abreviação | | | | |
| Instituição (Programa):  Contato: Tel/E-Mail:  CPF:  Titulação/Ano/Instituição: | | | | |
|  | | |  |
| **(3) Membro (Suplente)**: Nome completo, sem abreviação | | | | |
| Instituição (Programa):  Contato: Tel/E-Mail:  CPF:  **Obs.: Favor indicar com ASTERISCO os membros que participaram do Exame de Qualificação** | | | | | |
| Goiânia, / / | | | | Aprovado pela Coordenadoria PPGEEB / / | |
|  | | | |  | |
| Orientador (a) – Nome e assinatura | | | | Coordenador (a) – Assinatura/carimbo | |