**FORMULÁRIO DE COMPOSIÇÃO DE BANCAS**

**Programa de Pós-Graduação em .**

|  |
| --- |
| **Curso de:  Doutorado  Mestrado Acadêmico  Mestrado Profissional  Doutorado Profissional** |
| **Banca Examinadora de:  Qualificação  Tese, Dissertação e Trabalho de Conclusão** |

**Título:**

**Pós-Graduando(a)**       **Código Matrícula:**     

**Endereço do Currículo Lattes:**

**Composição da Banca Examinadora**1,2

**1º Presidente da Banca - Orientador(a):**

**2º Examinador(a) Interno(a):**

Cadastrado:  Sim  Não

**3º Examinador(a) Externo(a):**

**e-mail atualizado:**

Cadastrado:  Sim  Não Estrangeiro:  Sim  Não Presencialmente no Brasil  Sim  Não

**Suplente Interno(a):**

Cadastrado:  Sim  Não

**Suplente Externo(a):**

**e-mail atualizado:**

Cadastrado:  Sim  Não Estrangeiro:  Sim  Não Presencialmente no Brasil  Sim  Não

**Preenchimento para banca de defesa de Tese de Doutorado**

**4º Examinador(a) Externo(a):**

**e-mail atualizado:**

Cadastrado:  Sim  Não Estrangeiro:  Sim  Não Presencialmente no Brasil  Sim  Não

**5º Examinador(a):**

Interno(a)  Externo(a) **e-mail atualizado:**

**Preenchimento para trabalhos com coorientação**

**Coorientador(a):**

Cadastrado:  Sim  Não Presencialmente no Brasil  Sim  Não

O Coorientador é Docente da UPM?  Sim  Não Estrangeiro:  Sim  Não

**e-mail atualizado:**

Se docente da UPM, indicar o Programa

Se docente estrangeiro, indicar:

Instituição/Programa:  País de Origem:

**Preenchimento para trabalhos em Dupla Titulação**

**Dupla Titulação:**  Sim  Não Instituição/Programa:  País:

**Nome do(a) Cotutor(a):**

**e-mail atualizado:**

Cotutor presencialmente no Brasil  Sim  Não

**Data do Exame:      /     /      Horário:** **h****min**

**Banca via: Skype**  Sim  Não **/** **Videoconferência**   Sim  Não

**Examinador(a):**  Interno  Externo

**DECLARAÇÃO**

Declaro que os Membros da Banca foram por mim consultados e estão de acordo com data e horário sugeridos, bem como confirmaram presença. Estou ciente de que para alteração de data e horário da Banca deverá haver prévia solicitação à Coordenação do Programa, respeitando-se o intervalo regulamentar de 15 (quinze) dias entre a solicitação e a nova data, submetendo à aprovação da Coordenadoria de Programas de Pós-Graduação *Stricto Sensu*.

**Orientador(a):**

**Coordenador(a) do Programa de Pós-Graduação:**

São Paulo, **/     /     .**