Fundação Edson Queiroz
Universidade de Fortaleza
Vice-Reitoria de Ensino de Graduação e Pós-Graduação
Pós-Graduação *Stricto Sensu*

Agendamento de Bancas

Enviar o Formulário preenchido para o e-mail: eventospg@unifor.br
Obs1:. O Prazo para solicitação de agendamento das bancas é de 15 dias de antecedência.
Obs2:. Preencher o formulário com os nomes completos de todos e sem abreviatura.
Obs3:. Copiar o seu orientador no e-mail do agendamento.
Obs4:. Para as bancas online, informar o link no campo solicitado.
Docente Unifor não precisa informar o CPF.

TIPO DE BANCA		
Qualificação ( )		**Defesa ( )**
Dissertação de Mestrado ( )		**Tese de Doutorado ( )**
Data:		**Horário:**
PRESENCIAL :	**( ) SIM**	**( ) NÃO - LINK (Informar o link aqui):**
Obs: Caso seja híbrido, favor marcar apenas como presencial. Não precisa enviar o link.		

EXCLUSIVAMENTE PARA DEFESA	
Segue link para avaliar o seu Curso de Pós-Graduação Stricto Sensu, por meio de uma análise reflexiva e crítica sobre as atividades desenvolvidas, orientação, serviços e coordenação. Você levará, em média, 5 minutos para responder. Destacamos que essa avaliação não requer identificação e será mantida em sigilo. Sua participação é de fundamental importância para a melhoria contínua dos cursos.	https://app.pipefy.com/public/form/iomoLX9Z

Todos os campos são obrigatórios (preencher sem abreviações).

DADOS DO ALUNO		
CURSO:		**TURMA:**
ALUNO:		
MÊS/ANO DO INGRESSO NA TURMA:		
COMPLEMENTOU CH EXIGIDA (VIDE HISTÓRICO):	**( ) SIM**	**( ) NÃO**
E-MAIL:		**TELEFONE:**
MATRÍCULA:		

DADOS DO TRABALHO
TÍTULO DO TRABALHO:
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO:
LINHA DE PESQUISA:
AGÊNCIA DE FOMENTO (se houver):

ORIENTADOR	
NOME:	
INSTITUIÇÃO DE ENSINO:	
TITULAÇÃO:	**CPF:**
E-MAIL:	

Agendamento de Bancas

COORIENTADOR (se houver)	
NOME:	
INSTITUIÇÃO DE ENSINO:	
TITULAÇÃO:	**CPF:**
E-MAIL:	

MEMBRO TITULAR DA BANCA	
NOME:	
INSTITUIÇÃO:	
TITULAÇÃO:	**CPF:**
E-MAIL:	

MEMBRO TITULAR DA BANCA	
NOME:	
INSTITUIÇÃO:	
TITULAÇÃO:	**CPF:**
E-MAIL:	

MEMBRO TITULAR DA BANCA	
NOME:	
INSTITUIÇÃO:	
TITULAÇÃO:	**CPF:**
E-MAIL:	

MEMBRO TITULAR DA BANCA	
NOME:	
INSTITUIÇÃO:	
TITULAÇÃO:	**CPF:**
E-MAIL:	

MEMBRO SUPLENTE DA BANCA	
NOME:	
INSTITUIÇÃO:	
TITULAÇÃO:	**CPF:**
E-MAIL:	

MEMBRO SUPLENTE DA BANCA	
NOME:	
INSTITUIÇÃO:	
TITULAÇÃO:	**CPF:**
E-MAIL:	

Fortaleza, _____ de _____de _____.