Ribeirão Preto, ... de .... de 20...

Senhora Coordenadora,

Venho, por meio deste, encaminhar a documentação referente ao EXAME DE QUALIFICAÇÃO DE DOUTORADO do(a) aluno(a) ..............................., sob minha orientação, em conformidade com as normas estabelecidas por este Programa de Pós-Graduação.

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prof(a). Dr(a). ORIENTADOR(A)

Profª Drª Ana Cláudia Balieiro Lodi

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Educação – FFCLRP-USP

SOLICITAÇÃO DE COMPOSIÇÃO DE BANCA

EXAME DE QUALIFICAÇÃO – DOUTORADO EM EDUCAÇÃO

**Enviar para** [**ppgedu@ffclrp.usp.br**](mailto:ppgedu@ffclrp.usp.br) **aos cuidados da Secretaria do Programa o arquivo com trabalho juntamente com requerimento e formulário da composição da banca assinados pelo(a) orientador(a).**

**Nome do(a) aluno(a):**

**Título do trabalho:**

**Data prevista:** .../....../20.. **Horário**: ...h...

**A banca de qualificação será composta pelo(a) orientador(a), que a presidirá, sem direito a voto, e três membros titulares (e seus respectivos suplentes).**

**Proposta de banca**

**1. Membro titular: Orientador(a) – Presidente da Banca**

Nome:

Titulação: ( ) Doutor ( ) Associado ( ) Titular

Especialidade e/ou área de atuação:

Endereço completo para envio do exemplar, que poderá ser enviado em formato digital por e-mail:

**2. Membro titular (Externo ao Programa)**

Nome:

Titulação: ( ) Doutor ( ) Associado ( ) Titular

Instituição:

Unidade:

Departamento:

Especialidade e/ou área de atuação:

CPF:

Fone: (..) .............

e-mail:

Endereço completo para envio do exemplar, que poderá ser enviado em formato digital por e-mail:

**3. Membro titular (Externo ao Programa)**

Nome:

Titulação: ( ) Doutor ( ) Associado ( ) Titular

Instituição:

Unidade:

Departamento:

Especialidade e/ou área de atuação:

CPF:

Fone: (..) .............

e-mail:

Endereço completo para envio do exemplar, que poderá ser enviado em formato digital por e-mail:

**4. Membro titular (externo à FFCLRP)**

Nome:

Titulação: ( ) Doutor ( ) Associado ( ) Titular

Instituição:

Unidade:

Departamento:

Especialidade e/ou área de atuação:

CPF:

Fone: (..) .............

e-mail:

Endereço completo para envio do exemplar, que poderá ser enviado em formato digital por e-mail:

**5. Membro suplente (pertencente ao Programa)**

Nome:

Titulação: ( ) Doutor ( ) Associado ( ) Titular

Instituição:

Unidade:

Departamento:

Especialidade e/ou área de atuação:

CPF:

Fone: (..) .............

e-mail:

Endereço completo para envio do exemplar, que poderá ser enviado em formato digital por e-mail:

**6. Membro suplente (Externo ao Programa)**

Nome:

Titulação: ( ) Doutor ( ) Associado ( ) Titular

Instituição:

Unidade:

Departamento:

Especialidade e/ou área de atuação:

CPF:

Fone: (..) .............

e-mail:

Endereço completo para envio do exemplar, que poderá ser enviado em formato digital por e-mail:

**7. Membro suplente (Externo ao Programa)**

Nome:

Titulação: ( ) Doutor ( ) Associado ( ) Titular

Instituição:

Unidade:

Departamento:

Especialidade e/ou área de atuação:

CPF:

Fone: (..) .............

e-mail:

Endereço completo para envio do exemplar, que poderá ser enviado em formato digital por e-mail:

**8. Membro suplente (externo à FFCLRP)**

Nome:

Titulação: ( ) Doutor ( ) Associado ( ) Titular

Instituição:

Unidade:

Departamento:

Especialidade e/ou área de atuação:

CPF:

Fone: (..) .............

e-mail:

Endereço completo para envio do exemplar, que poderá ser enviado em formato digital por e-mail:

**Data: ../../20..**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Assinatura do aluno(a) |  | Assinatura do Orientador(a) com identificação |