SOLICITAÇÃO DE DEFESA – Doutorado em Educação

(Ingressantes a partir de 2019)

* **Preencher todos os itens deste formulário, contendo as assinaturas do(a) orientador(a) e do(a) orientando(a)**
* **Enviar para o e-mail** [**ppgedu@ffclrp.usp.br**](mailto:ppgedu@ffclrp.usp.br)
* **Encaminhar juntamente o Formulário Obrigatório para alunos que vão defender (disponível na página do programa em Formulários)**
* **Observar as “orientações para depósito da Tese de Doutorado”, disponível na página do Programa em Formulários**

**Informações do aluno**

Nome aluno(a):

CPF:

Endereço completo:

Telefone: (  )

E-mail, incluindo e-mail não USP:

Recebeu bolsa:  sim  não

Agência de Fomento:

**Atividade Futura**

Educação:  sim  não

Educação básica:  sim  não

Educação superior:  sim  não

Outra atividade:

Fornecer os dados de identificação do local de trabalho ou estudo:

**Informações da Tese**

Título da Tese:

Área do Conhecimento e Linha de Pesquisa:

**Banca:  Presencial**  **Híbrida**  **Remota**

**Composição da Banca**

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

Nome:

Titulação:  Doutor  Associado  Titular

Especialidade e/ou área de atuação:

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:

**3. Membro titular (Externo à Unidde)**

Nome:

Titulação:  Doutor  Associado  Titular

Instituição:

Unidade:

Departamento:

Especialidade e/ou área de atuação:

CPF:

Fone: (  )

E-mail:

**4. Membro titular (da casa, externo ao programa ou externo à Unidade)**

Nome:

Titulação:  Doutor  Associado  Titular

Instituição:

Unidade:

Departamento:

Especialidade e/ou área de atuação:

CPF:

Fone: (  )

E-mail:

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

Nome:

Titulação:  Doutor  Associado  Titular

Especialidade e/ou área de atuação:

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:

**7. Membro suplente (Externo à Unidade)**

Nome:

Titulação:  Doutor  Associado  Titular

Instituição:

Unidade:

Departamento:

Especialidade e/ou área de atuação:

CPF:

Fone: (  )

E-mail:

**8. Membro suplente (da casa, externo ao programa ou externo à Unidade)**

Nome:

Titulação:  Doutor  Associado  Titular

Instituição:

Unidade:

Departamento:

Especialidade e/ou área de atuação:

CPF:

Fone: (  )

E-mail:

**9. Membro suplente (da casa, externo ao programa ou externo à Unidade)**

Nome:

Titulação:  Doutor  Associado  Titular

Instituição:

Unidade:

Departamento:

Especialidade e/ou área de atuação:

CPF:

Fone: (  )

E-mail:

**10. Membro suplente (da casa, externo ao programa ou externo à Unidade)**

Nome:

Titulação:  Doutor  Associado  Titular

Instituição:

Unidade:

Departamento:

Especialidade e/ou área de atuação:

CPF:

Fone: (  )

E-mail:

**Data do depósito:**   /  /20

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

**ANEXO I**

Solicito o pagamento de auxílio a professor visitante, com base no Decreto 6907/09, para custeio de despesas com “hospedagem e alimentação”, conforme dados abaixo:

**Informações Pessoais**

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Título de Escolaridade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dt. Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

PIS/PASEP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome Mãe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nº INSS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone: (\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Celular: (\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Banco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Agência: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Conta Corrente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Endereço**

 Comercial  Residencial

Rua/Av.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nº: \_\_\_\_\_\_\_\_ complemento: \_\_\_\_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ UF:\_\_\_

**Entidade a que pertence**

Razão Social: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_ complemento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_ Telefone: (\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

##### CNPJ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Inscr. Est: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Motivo Principal – A ser preenchido pela Unidade/Órgão**

Descrever o motivo da participação:

Período: de \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_a \_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Valor do Auxílio: R$

Ribeirão Preto, \_\_\_de \_\_\_\_\_\_de \_\_\_

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

Coordenador(a) da área de Pós-Graduação