Ribeirão Preto, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_.

Senhora Coordenadora,

Venho, por meio deste, encaminhar a documentação referente ao exame de defesa de mestrado do(a) aluno(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, sob minha orientação, em conformidade com as normas estabelecidas por este Programa de Pós-Graduação.

Atenciosamente,

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

Nome e Assinatura do(a) Orientador(a)

Profª Drª Ana Cláudia Balieiro Lodi

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

SOLICITAÇÃO DE DEFESA – MESTRADO EM EDUCAÇÃO

(Ingressantes antes de 2019)

* **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)**

**Informações do(a) aluno(a)**

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

Doutorado: ( ) sim ( ) não

Outra atividade:

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

**Informações da Tese**

Título da Dissertação:

Área do Conhecimento e Linha de Pesquisa:

**Data proposta para a defesa: Horário:**

**Composição da Banca**

**A banca de defesa será composta pelo(a) orientador(a), que a presidirá, sem direito a voto, e três outros membros titulares, e seus respectivos suplentes. A maioria dos membros deve ser externa ao Programa e pelo menos um membro externo à USP. A mesma exigência deve ser feita para os membros suplentes.**

**1. Primeiro membro titular – Orientador(a)**

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. Segundo membro titular – Externo à USP**

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. Terceiro 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. Quarto membro titular – do Programa, da Unidade ou externo à USP**

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. Primeiro membro suplente – Docente do Programa**

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:

**6. Segundo membro suplente – Externo à USP**

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. Terceiro 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. Quarto membro suplente – do Programa, da Unidade ou externo à USP**

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:

**9. Suplente – do Programa, da Unidade ou externo à USP**

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:

**10. Suplente – do Programa, da Unidade ou externo à USP**

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 do depósito: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_**

**Assinatura do(a) Orientador(a) Assinatura do(a) Orientando(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