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:

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

**Composição da Banca**

**PRESIDENTE DA BANCA – Orientador(a)**

Nome:

Titulação: ( ) Doutor ( ) Associado ( ) Titular ( ) Outro:

Área de atuação:

**Suplente da presidência da Banca (docente do Programa)**

Nome:

Titulação: ( ) Doutor ( ) Associado ( ) Titular ( ) Outro:

Área de atuação:

**COMISSÃO JULGADORA**

**1º Membro Titular: Externo ao Programa**

Nome do Docente:

CPF:

E-mail:

Telefones: ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ trabalho; ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residencial; ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_celular

Titulação: ( ) Doutor ( ) Associado ( ) Titular ( ) Outro:

Instituição de Titulação:

Ano de Titulação:

Instituição de atuação:

Unidade:

Departamento:

Área de atuação:

**OBSERVAÇÃO:** em caso de pagamento de diária e/ou compra de passagem, favor preencher também o **Anexo I** para cadastro do docente no sistema.

**1º Membro Suplente: Externo ao Programa**

Nome do Docente:

CPF:

E-mail:

Telefones: ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ trabalho; ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residencial; ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_celular

Titulação: ( ) Doutor ( ) Associado ( ) Titular ( ) Outro:

Instituição de Titulação:

Ano de Titulação:

Instituição de atuação:

Unidade:

Departamento:

Área de atuação:

**OBSERVAÇÃO:** em caso de pagamento de diária e/ou compra de passagem, favor preencher também o **Anexo I** para cadastro do docente no sistema.

**2º Membro Titular: Externo à Unidade**

Nome do Docente:

CPF:

E-mail:

Telefones: ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ trabalho; ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residencial; ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_celular

Titulação: ( ) Doutor ( ) Associado ( ) Titular ( ) Outro:

Instituição de Titulação:

Ano de Titulação:

Instituição de atuação:

Unidade:

Departamento:

Área de atuação:

**OBSERVAÇÃO:** em caso de pagamento de diária e/ou compra de passagem, favor preencher também o **Anexo I** para cadastro do docente no sistema.

**2º Membro Suplente: Externo à Unidade**

Nome do Docente:

CPF:

E-mail:

Telefones: ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ trabalho; ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residencial; ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_celular

Titulação: ( ) Doutor ( ) Associado ( ) Titular ( ) Outro:

Instituição de Titulação:

Ano de Titulação:

Instituição de atuação:

Unidade:

Departamento:

Área de atuação:

**OBSERVAÇÃO:** em caso de pagamento de diária e/ou compra de passagem, favor preencher também o **Anexo I** para cadastro do docente no sistema.

**3º Membro Titular**

**( ) Docente do Programa**

Nome:

Titulação: ( ) Doutor ( ) Associado ( ) Titular ( ) Outro:

Área de atuação:

**( ) Externo ao Programa**

Nome do Docente:

CPF:

E-mail:

Telefones: ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ trabalho; ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residencial; ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_celular

Titulação: ( ) Doutor ( ) Associado ( ) Titular ( ) Outro:

Instituição de Titulação:

Ano de Titulação:

Instituição de atuação:

Unidade:

Departamento:

Área de atuação:

**OBSERVAÇÃO:** em caso de pagamento de diária e/ou compra de passagem, favor preencher também o **Anexo I** para cadastro do docente no sistema.

**3º Membro Suplente**

**( ) Docente do Programa**

Nome:

Titulação: ( ) Doutor ( ) Associado ( ) Titular ( ) Outro:

Área de atuação:

**( ) Externo ao Programa**

Nome do Docente:

CPF:

E-mail:

Telefones: ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ trabalho; ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residencial; ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_celular

Titulação: ( ) Doutor ( ) Associado ( ) Titular ( ) Outro:

Instituição de Titulação:

Ano de Titulação:

Instituição de atuação:

Unidade:

Departamento:

Área de atuação:

**OBSERVAÇÃO:** em caso de pagamento de diária e/ou compra de passagem, favor preencher também o **Anexo I** para cadastro do docente no sistema.

**Outros Suplentes**

**1. Externo ao Programa**

Nome do Docente:

CPF:

E-mail:

Telefones: ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ trabalho; ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residencial; ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_celular

Titulação: ( ) Doutor ( ) Associado ( ) Titular ( ) Outro:

Instituição de Titulação:

Ano de Titulação:

Instituição de atuação:

Unidade:

Departamento:

Área de atuação:

**OBSERVAÇÃO:** em caso de pagamento de diária e/ou compra de passagem, favor preencher também o **Anexo I** para cadastro do docente no sistema.

**2. Externo à Unidade**

Nome do Docente:

CPF:

E-mail:

Telefones: ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ trabalho; ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residencial; ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_celular

Titulação: ( ) Doutor ( ) Associado ( ) Titular ( ) Outro:

Instituição de Titulação:

Ano de Titulação:

Instituição de atuação:

Unidade:

Departamento:

Área de atuação:

**3. Docente do Programa**

Nome:

Titulação: ( ) Doutor ( ) Associado ( ) Titular ( ) Outro:

Área de atuação:

**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