



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ESTUDOS LINGÜÍSTICOS
Rodovia SC 484 – Km 02, Sala 314, Bloco C, Fronteira Sul, CEP 89815-899, Telefone: (49) 2049-6460

REQUERIMENTO DE BANCA DE EXAME DE
DE **– DOCENTE**

À Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Estudos Linguísticos, da Universidade Federal da Fronteira Sul

Eu, **(presidente da banca)**, integrante da **(linha de pesquisa)**, solicito providências para realização do exame de do discente abaixo identificado:

Identificação Discente	
Nome:	<input type="text"/> CPF: <input type="text"/>
Título da dissertação:	<input type="text"/>
Data para realização do exame:	<input type="text"/>
Horário:	<input type="text"/>
Formato:	<input type="checkbox"/> Presencial* <input type="checkbox"/> Online - Sala virtual <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Híbrido* - Sala virtual: <input type="text"/>

* O local será reservado pela Secretaria.

Plano de Trabalho Discente	
Plano de Trabalho Discente referente ao ano:	<input type="text"/>
Parecer do professor orientador:	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>

Composição da Banca Examinadora	
1. Nome do Presidente da banca:	<input type="text"/>
E-mail:	<input type="text"/>
2. Nome do Membro interno:	<input type="text"/>
E-mail:	<input type="text"/>
3. Nome do Membro externo (1):	<input type="text"/>
CPF:	<input type="text"/>
E-mail:	<input type="text"/>
Telefone:	<input type="text"/>
IES de origem:	<input type="text"/>



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ESTUDOS LINGÜÍSTICOS
Rodovia SC 484 – Km 02, Sala 314, Bloco C, Fronteira Sul, CEP 89815-899, Telefone: (49) 2049-6460

PPG ao qual está vinculado: <input type="text"/>
O membro externo participará por: <input type="checkbox"/> Videoconferência <input type="checkbox"/> Presencial
3. Nome do Membro externo (2): <input type="text"/>
CPF: <input type="text"/>
E-mail: <input type="text"/> Telefone: <input type="text"/>
IES de origem: <input type="text"/>
PPG ao qual está vinculado: <input type="text"/>
O membro externo participará por: <input type="checkbox"/> Videoconferência <input type="checkbox"/> Presencial
3.1 Diárias: <input type="checkbox"/> Sim* <input type="checkbox"/> Não Passagens: <input type="checkbox"/> Sim* <input type="checkbox"/> Não *Observar prazos e orientações previstos pela PROAD.
4. Nome do Membro suplente: <input type="text"/>
CPF: <input type="text"/>
E-mail: <input type="text"/> Telefone: <input type="text"/>
IES de origem: <input type="text"/>
PPG ao qual está vinculado: <input type="text"/>
5. Co-orientador: <input type="text"/>
E-mail: <input type="text"/>
Observações: <input type="text"/>
<input type="text"/>

Chapecó, de de .

Assinatura do Presidente da Banca

Despacho da Coordenação do PPGEL:

Data: ___/___/___.