

FORMULÁRIO PARA FORMAÇÃO DE BANCA EXAMINADORA – DOUTORADO

|  |
| --- |
| **ORIENTAÇÕES****- Anexar Resumo (no máximo 230 palavras e com palavras-chaves) e Comprovante de publicação de acordo com o Regimento Interno vigente;****- Para docentes externos à UFPE ou aposentados, preencher os quadros de Informações Complementares ao final do formulário;****- REQUISITOS:** **Enviar comprovante de um artigo aceito ou publicado produzido pelo doutorando com seu orientador durante o curso do doutoramento;****A banca precisa ser composta por pelo menos dois membros externos titulares e entre os suplentes deve haver um membro interno e um membro externo;**( ) Declaro que os Professores Titulares e Suplentes que irão compor a Banca Examinadora da defesa possuem **publicações nos últimos dois anos.** |

|  |
| --- |
| **DADOS PESSOAIS** |
| Nome: Ano de Entrada: Área de Concentração: Orientador: Co-Orientador: Bolsa: ( ) Sim ( ) Não Período: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Agência: ( ) CAPES ( ) CNPq ( ) FACEPE ( ) Outra Estágio de Docência: ( ) Sim ( ) Não Quantos semestres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Trancamento: ( ) Sim ( ) Não Quantos meses: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prorrogação: ( ) Sim ( ) Não Quantos meses: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **DADOS DA DEFESA** |
| Título da Tese:Nº de páginas:Linha de Pesquisa:Tese associada ao Projeto de Pesquisa:GRANDE ÁREA:( )Ciências da Saúde( )Ciências AgráriasÁREA: ( )Nutrição( )Ciência e Tecnologia de Alimentos |
| Data provável da defesa: | Horário: |
| Modalidade: ( ) PRESENCIAL ( ) REMOTA  |  |

|  |
| --- |
| **BANCA EXAMINADORA** |
| MEMBROS TITULARES |
| Nome - PRESIDENTE DA BANCA | Departamento/Instituição |
|  |  |
| Nome | Departamento/Instituição |
|  |  |
| Nome | Departamento/Instituição |
|  |  |
| Nome | Departamento/Instituição |
|  |  |
| Nome | Departamento/Instituição |
|  |  |
| MEMBROS SUPLENTES |
| Nome | Departamento/Instituição |
|  |  |
| Nome | Departamento/Instituição |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Assinatura do Requerente: |  |
| Assinatura do Orientador: |  |
| Recife, de de 20  |

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

|  |
| --- |
| **DOCENTE EXTERNO** |
| MEMBRO: ( ) TITULAR ( ) SUPLENTE |
| NOME COMPLETO |  |
| NACIONALIDADE: | ( ) BRASILEIRO ( ) ESTRANGEIRO |
| CPF: |  |
| SEXO: | ( ) MASCULINO ( ) FEMININO |
| E-MAIL: |  |
| INSTITUIÇÃO DE ENSINO: |  |
| MAIOR TITULAÇÃO: | ( ) MESTRADO ( ) DOUTORADO ( ) PÓS-DOUTORADO |
| ANO DE CONCLUSÃO: |  |

|  |
| --- |
| **DOCENTE EXTERNO** |
| MEMBRO: ( ) TITULAR ( ) SUPLENTE |
| NOME COMPLETO |  |
| NACIONALIDADE: | ( ) BRASILEIRO ( ) ESTRANGEIRO |
| CPF: |  |
| SEXO: | ( ) MASCULINO ( ) FEMININO |
| E-MAIL: |  |
| INSTITUIÇÃO DE ENSINO: |  |
| MAIOR TITULAÇÃO: | ( ) MESTRADO ( ) DOUTORADO ( ) PÓS-DOUTORADO |
| ANO DE CONCLUSÃO: |  |

|  |
| --- |
| **DOCENTE EXTERNO** |
| MEMBRO: ( ) TITULAR ( ) SUPLENTE |
| NOME COMPLETO |  |
| NACIONALIDADE: | ( ) BRASILEIRO ( ) ESTRANGEIRO |
| CPF: |  |
| SEXO: | ( ) MASCULINO ( ) FEMININO |
| E-MAIL: |  |
| INSTITUIÇÃO DE ENSINO: |  |
| MAIOR TITULAÇÃO: | ( ) MESTRADO ( ) DOUTORADO ( ) PÓS-DOUTORADO |
| ANO DE CONCLUSÃO: |  |

|  |
| --- |
| **DOCENTE EXTERNO** |
| MEMBRO: ( ) TITULAR ( ) SUPLENTE |
| NOME COMPLETO |  |
| NACIONALIDADE: | ( ) BRASILEIRO ( ) ESTRANGEIRO |
| CPF: |  |
| SEXO: | ( ) MASCULINO ( ) FEMININO |
| E-MAIL: |  |
| INSTITUIÇÃO DE ENSINO: |  |
| MAIOR TITULAÇÃO: | ( ) MESTRADO ( ) DOUTORADO ( ) PÓS-DOUTORADO |
| ANO DE CONCLUSÃO: |  |

|  |
| --- |
| **DOCENTE EXTERNO** |
| MEMBRO: ( ) TITULAR ( ) SUPLENTE |
| NOME COMPLETO |  |
| NACIONALIDADE: | ( ) BRASILEIRO ( ) ESTRANGEIRO |
| CPF: |  |
| SEXO: | ( ) MASCULINO ( ) FEMININO |
| E-MAIL: |  |
| INSTITUIÇÃO DE ENSINO: |  |
| MAIOR TITULAÇÃO: | ( ) MESTRADO ( ) DOUTORADO ( ) PÓS-DOUTORADO |
| ANO DE CONCLUSÃO: |  |

|  |
| --- |
| **DOCENTE EXTERNO** |
| MEMBRO: ( ) TITULAR ( ) SUPLENTE |
| NOME COMPLETO |  |
| NACIONALIDADE: | ( ) BRASILEIRO ( ) ESTRANGEIRO |
| CPF: |  |
| SEXO: | ( ) MASCULINO ( ) FEMININO |
| E-MAIL: |  |
| INSTITUIÇÃO DE ENSINO: |  |
| MAIOR TITULAÇÃO: | ( ) MESTRADO ( ) DOUTORADO ( ) PÓS-DOUTORADO |
| ANO DE CONCLUSÃO: |  |

|  |
| --- |
| **DOCENTE EXTERNO** |
| MEMBRO: ( ) TITULAR ( ) SUPLENTE |
| NOME COMPLETO |  |
| NACIONALIDADE: | ( ) BRASILEIRO ( ) ESTRANGEIRO |
| CPF: |  |
| SEXO: | ( ) MASCULINO ( ) FEMININO |
| E-MAIL: |  |
| INSTITUIÇÃO DE ENSINO: |  |
| MAIOR TITULAÇÃO: | ( ) MESTRADO ( ) DOUTORADO ( ) PÓS-DOUTORADO |
| ANO DE CONCLUSÃO: |  |

Av. Moraes Rego, s/n|Cidade Universitária|50670-901|Recife PE Brasil|Tel 21268463 Fax 21268463| posnutricao@ufpe.br [www.ufpe.br/posnutri](http://www.ufpe.br/posnutri)