

PÓS-GRADUAÇÃO EM MODELAGEM COMPUTACIONAL

 Endereço: Campus Universitário – Bairro Martelos – Juiz de Fora – MG – CEP 36036-330

Telefone: (32) 2102-3481

E-mail: ppg.modelagemcomputacional@ufjf.edu.br

**COMPOSIÇÃO DE BANCA EXAMINADORA:**

|  |
| --- |
| Este formulário deverá ser entregue na Secretaria do PGMC (por e-mail) 45 (quarenta e cinco) dias antes da data da defesa, junto com: * Carta Convite dos membros titulares da banca para assinatura da Coordenação
* Proposta de Banca
* Enviar o titulo e resumo por e-mail
 |

|  |
| --- |
| **COMPOSIÇÃO DA BANCA EXAMINADORA** |
|  | Participante Externo à UFJF | Participante Interno | Suplente Externo | Suplente Interno |
| Mestrado | 01 | 02 | 01 | 01 |
| Doutorado | 02 | 03 | 02 | 02 |
| **TODOS OS MEMBROS DA BANCA EXAMINADORA, INCLUSIVE OS SUPLENTES, DEVERÃO TER O TÍTULO DE DOUTOR.****CO-ORIENTADOR:** O co-orientador deverá participar da banca e não contará como membro interno.**PROFESSOR EXTERNO:** Todo aquele que não possui vínculo com a UFJF. Podendo ser Professor/Pesquisador de Universidade/Empresa Pública ou Privada.**PROFESSOR INTERNO**: O Professor Orientador conta como 01 (um) membro interno. |

|  |
| --- |
| **1 - IDENTIFICAÇÃO** |
| Aluno(a):      | Nível:[ ]  Mestrado [ ]  Doutorado  |
| Telefones de contato:      | E-mail:      |

|  |
| --- |
| **2 – PROJETO DE PESQUISA** |
| Título do Projeto:      | Linha de Pesquisa:       |
| Professor Orientador:      | CPF:      |
| Professor Co-orientador (se houver):      | CPF:      |
|  |
| **3- INFORMAÇÕES SOBRE A DEFESA** |
| Local:      | Data:      | Horário:      |

|  |
| --- |
| **4 – MEMBROS DA BANCA: TITULARES – PROFESSORES DA UFJF** |
| **1** – Nome:      | Data de Nascimento:      | CPF:      | Departamento:      |
| Titulação:      | Área de concentração:      | Instituição onde obteve a titulação:       | Ano conclusão:      |
| **2** – Nome:       | Data de Nascimento:      | CPF:      | Departamento:      |
| Titulação:      | Área de concentração:      | Instituição onde obteve a titulação:       | Ano conclusão:      |
| **3** – Nome:       | Data de Nascimento:      | CPF:      | Departamento:      |
| Titulação:      | Área de concentração:      | Instituição onde obteve a titulação:      | Ano conclusão:      |
| 1. **4** – Nome:
2.
 | 1. Data de Nascimento:
2.
 | 1. CPF:
2.
 | 1. Departamento:
2.
 |
| 1. Titulação:
2.
 | 1. Área de concentração:
2.
 | 1. Instituição onde obteve a titulação:
2.
 | 1. Ano conclusão:
2.
 |

|  |
| --- |
| TITULARES – PROFESSORES EXTERNOS À UFJF |
| **1** – Nome:       | Data de Nascimento:      | CPF:       | Identidade:      | Instituição de Vínculo:      |
| Endereço**:**Rua/Nº:       Bairro:      CEP:       Cidade:        | Telefones:           | E-mail:      |
| Titulação:      | Área de concentração:      | Instituição onde obteve a titulação:       | Ano conclusão:      |
| **2** – Nome:       | Data de Nascimento:      | CPF:      | Identidade:      | Instituição de Vínculo:      |
| Endereço:Rua/Nº:       Bairro:      CEP:       Cidade:        | Telefones:           | E-mail:      |
| Titulação:      | Área de concentração:      | Instituição onde obteve a titulação:       | Ano conclusão:      |

|  |
| --- |
| SUPLENTE – PROFESSOR DA UFJF: |
|  Nome:       | Data de Nascimento:      | CPF:      | Departamento:      |
| Titulação:      | Área de concentração:      | Instituição:      | Ano conclusão:      |
| SUPLENTE – PROFESSOR DA UFJF: |
|  Nome:       | Data de Nascimento:      | CPF:      | Departamento:      |
| Titulação:      | Área de concentração:      | Instituição:      | Ano conclusão:      |

|  |
| --- |
| SUPLENTE – PROFESSOR EXTERNO À UFJF: |
| Nome:       | Data de Nascimento:      | CPF:      | Identidade:      | Instituição de Vínculo:      |
| Endereço:Rua/Nº:       Bairro:      CEP:       Cidade:        | Telefones:           | E-mail:      |
| Titulação:      | Área de concentração:      | Instituição onde obteve a titulação:       | Ano conclusão:      |
|  SUPLENTE – PROFESSOR EXTERNO À UFJF: |
| Nome:       | Data de Nascimento:      | CPF:      | Identidade:      | Instituição de Vínculo:      |
| Endereço:Rua/Nº:       Bairro:      CEP:       Cidade:        | Telefones:           | E-mail:      |
| Titulação:      | Área de concentração:      | Instituição onde obteve a titulação:       | Ano conclusão:      |

Juiz de Fora, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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

 Assinatura do Aluno Assinatura do Orientador