

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](mailto: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: | | 1. Data de Nascimento: | 1. CPF: | 1. Departamento: |
| 1. Titulação: | 1. Área de concentração: | | 1. Instituição onde obteve a titulação: | 1. Ano conclusão: |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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