    

 PECIM - Formulário para solicitação de:

 ( )Exame de Qualificação ( )Defesa ( ) Mestrado ( ) Doutorado

O presente formulário deve ser preenchido e enviado ao *e-mail* do Coordenador do PECIM (greco@unicamp.br) com copia para a secretaria, pecim@ige.unicamp.br, para análise e deliberação sobre seu conteúdo.

**Prazos para envio do formulário**:

Exames de Qualificação - 30 dias de antecedência à data pretendida;

Defesas - 55 dias de antecedência à data pretendida;

\* Ao compor a banca examinadora, consulte o **Resolução 001/2024 - PECIM (**[**Link**](https://www.pecim.unicamp.br/pf-pecim-site/pf/resolucao_001_2024_composicao_bancas_examinadoras.docx.pdf)**)** ara checagem da composição;

\* Em caso de defesas é necessário apresentar conjuntamente o resultado do Relatório de similaridade "*TurnItIn*".

**Aluno(a):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **RA:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **e-mail:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Título da Qualificação/Dissertação/Tese:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Orientador(a):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Coorientador(a) se houver: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

A data e horário precisam ser previamente agendados pelo(a) orientador(a) com os membros da banca sugeridos:

**Data:** xx/xx/xxxx **Horário:** xx:xx

## **Informações para a Comissão de Programa de Pós-graduação**

**OBS**: **TODOS OS CAMPOS SÃO OBRIGATÓRIOS,**

**O orientador(a) tem que estar em primeiro lugar na composição da banca.**

**O campo T (Titular)/S (Suplente)\* deverá ser preenchido pela CPG.**

**Assinalar com um "X", a forma de participação de cada membro titular e suplente, na respectiva coluna.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **T/S** | **Nome Completo por extenso** | **CPF**  | **Data de nascimento**  | **Sigla da Instituição** | **e-Mail** | **Telefone** | **PARTICIPAÇÃO** | **Justificar participação remota** |
|  | **(Universidade)** | **Presencial** | **Remota** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | Membro Externo |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | Membro Externo |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |