**SOLICITAÇÃO DE EXAME DE QUALIFICAÇÃO DE TESE**

|  |  |
| --- | --- |
| Doutorando/a: | |
| E-mail: | |
| Título da tese: | |
| Data: | Hora: |
| Local:  ( ) Presencial (local será reservado pela secretaria)  ( ) Virtual. Link: | |
| Projeto de pesquisa (orientador) no qual está vinculado o seu trabalho de conclusão: | |
| **Presidente da banca (orientador/a):**  Nome:  E-mail:  **Membro titular interno/externo (do PPGAdm/com vínculo com a UFSC):**  Nome:  E-mail:  Instituição de origem/Programa de Pós-Graduação credenciado(a):  **Membro titular externo (sem vínculo com a UFSC):**  Nome:  E-mail:  Instituição de origem/Programa de Pós-Graduação credenciado(a):  **Suplentes:**  **Interno (do PPGAdm)**  Nome:  E-mail:  **Externo (sem vínculo com a UFSC)**  Nome:  E-mail:  Instituição de origem/Programa de Pós-Graduação credenciado(a): | |

\*Encaminhar com a solicitação a ficha de membro externo sem vínculo com a UFSC.

Data:

Assinatura do orientador