**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