**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

**Programa de Pós-Graduação em Design**

**COMPOSIÇÃO DE BANCA: QUALIFICAÇÃO DOUTORADO**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome:  Matrícula: Nível: Doutorado  **Envie este formulário à Secretaria do PPDESDI três semanas antes da data da Defesa.** | |
| **Título da Tese:** | |
| **Orientador Principal:**  **CPF:**  Titulação e ano:  Instituição onde cursou o Doutorado:  Instituição onde mantém vínculo profissional:  e-mail: | |
| **Coorientador, quando houver (nome completo)**  **CPF:**  Titulação e ano:  Instituição onde cursou o Doutorado:  Instituição onde mantém vínculo profissional  e-mail: | |
| **Examinador Interno (nome completo)**  **CPF:**  Titulação e ano:  Instituição onde cursou o Doutorado:  Instituição onde mantém vínculo profissional:  e-maill | **Suplente Interno (nome completo)**  **CPF:**  Titulação e ano:  Instituição onde cursou o Doutorado:  Instituição onde mantém vínculo profissional:  e-mail: |
| **Examinador Interno (nome completo)**  Titulação e ano:  **CPF:**  Instituição onde cursou o Doutorado:  Instituição onde mantém vínculo profissional:  e-mail: |
| **Examinador Externo (nome completo)**  **CPF:**  Titulação e ano:  Instituição onde cursou o Doutorado:  Instituição onde mantém vínculo profissional:  e-mail: | **Suplente Externo (nome completo)**  **CPF:**  Titulação e ano:  Instituição onde cursou o Doutorado:  Instituição onde mantém vínculo profissional:  e-mail: |
| **Examinador Externo (nome completo)**  **CPF:**  Titulação e ano:  Instituição onde cursou o Doutorado:  Instituição onde mantém vínculo profissional:  e-mail: |
| **Local da Defesa:**  Dia:  Hora: | |