



**ÁREA DO CONHECIMENTO E CIÊNCIAS DA VIDA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL**

REQUERIMENTO PARA BANCA DE DEFESA

Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

Eu, _____, orientador(a) do(a) aluno(a) _____, regularmente matriculado(a) no Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, venho por meio deste requerer a aprovação e agendamento da banca examinadora para a Defesa de:

☐

MESTRADO

☐

DOUTORADO

Título:

Data da Banca:

Modalidade: () Presencial () Online () Híbrida

Horário:

Local:

COMPOSIÇÃO DA BANCA

- **Nome:**
E-mail:
Instituição:

- **Nome:**
E-mail:
Instituição:

- **Nome:**
E-mail:
Instituição:

CAMPUS-SEDE

Rua Francisco Getúlio Vargas, 1130 – Bairro Petrópolis – CEP 95070-560 – Caxias do Sul – RS – Brasil

Ou: Caixa Postal 1352 – CEP 95020-972 – Caxias do Sul – RS – Brasil

Telefone / Telefax: (54) 3218-2100 – www.ucs.br

Entidade Mantenedora: Fundação Universidade de Caxias do Sul – CNPJ 88.648.761/0001-03 – CGC/TE 029/0089530



OBSERVAÇÃO:

Conforme regulamento do PPGCS: CAP IX – Art.74.

A banca de dissertação e tese será composta pelo orientador e por **3 professores doutores**, um deles externo ao PPPG, além de professor suplente. Todos os examinadores possuem titulação de Doutor.

Assinatura do(a) Orientador(a): _____

Local e Data: _____

CAMPUS-SEDE

Rua Francisco Getúlio Vargas, 1130 – Bairro Petrópolis – CEP 95070-560 – Caxias do Sul – RS – Brasil

Ou: Caixa Postal 1352 – CEP 95020-972 – Caxias do Sul – RS – Brasil

Telefone / Telefax: (54) 3218-2100 – www.ucs.br

Entidade Mantenedora: Fundação Universidade de Caxias do Sul – CNPJ 88.648.761/0001-03 – CGC/TE 029/0089530