

**AGENDAMENTO DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA**

**(Preencher o formulário eletronicamente)**

**Aluno(a):**       **Ano de Ingresso:**

**Tel.:** **E-mail:**

**Orientador(a):**

**Segundo(a) orientador(a):**

**Terceiro(a) orientador(a):**

**Área de Concentração:**       **Linha de pesquisa:**

**Sua dissertação compõe algum projeto de pesquisa mais amplo?**

**SIM Qual (projeto/coordenador):** **NÃO**

**O segundo e/ou terceiro orientador participarão da Banca?** **SIM** **NÃO**

**Qual(is)?**

**Título da Dissertação:**

**Data da Defesa:**      /     /      **Horário**:       **Sala:**

**Há utilização de tecnologia da informação? (Especificar tipo de tecnologias e membros a distância)**

**Nome do(s) membro(s) que participará(ão) por via remota:**

**EXAMINADORES:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nome por extenso** | **Sigla da instituição de vínculo** |
| Prof(a) Dr(a). |  |  |
|  | (Membro interno ou externo ao Programa de Saúde Pública e a ENSP - obrigatório) |
| Prof(a) Dr(a). |  |  |
|  | (Membro externo ao Programa de Saúde Pública e a ENSP – a critério do orientador) |
| Prof(a) Dr(a). |  |  |
|  | (Orientador(a)) |
| Prof(a) Dr(a). |  |  |
|  | (Suplente externo - Membro externo ao Programa de Saúde Pública e a ENSP) |
| Prof(a) Dr(a). |  |  |
|  | (Suplente interno – Membro interno ou externo ao Programa de Saúde Pública e a ENSP) |

**Observações:**

**-Continua-**

**Atenção:**

1. **Caso haja Professor Colaborador ou Assistente de Orientação, favor informar**
2. **A banca deverá ser composta de, no mínimo, três professores doutores, incluindo o orientador.**
3. **Na comprovação de banca prévia é obrigatória a apresentação de no mínimo um parecer (membros externo ao PPGSP).**
4. **Caso o membro externo não tenha participado anteriormente de nenhuma defesa na ENSP será necessário o preenchimento dos dados nos campos que seguem, sem o quê não será possível prosseguir com o processo de defesa. Ignorar caso os dados já tenham sido fornecidos:**

**CAMPO DESTINADO AOS DADOS PESSOAIS DO EXAMINADOR EXTERNO**

**Efetivo**

Nome:

Tel.:       E-mail:

Endereço:

Nacionalidade:       Data de Nascimento:      /     /

Instituição onde concluiu o Doutorado:

Área:       Ano de Conclusão:

Instituição de vínculo:

RG:       CPF:

**Suplente**

Nome:

Tel:       E-mail:

Endereço:

Nacionalidade:       Data de Nascimento:      /     /

Instituição onde concluiu o Doutorado:

Área:       Ano de Conclusão:

Instituição de vínculo:

RG:       CPF:

Rio de Janeiro,       de       de      .

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) Orientador(a)

**As informações solicitadas são necessárias para preenchimento de Relatórios para Agências de Fomento.**

Atualizado em 03/01/2022

Serviço de Gestão Acadêmica - Rua Leopoldo Bulhões, 1.480, Térreo – Manguinhos-RJ – 21041-210

Tel.: (0-XX-21) 2598-2702 E-mail: [secadefesa@ensp.fiocruz.br](mailto:secadefesa@ensp.fiocruz.br)