FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA

NÚCLEO DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

REQUERIMENTO: BANCA DE DEFESA

|  |
| --- |
| Mestrando/a:  |
| Orientador/a:  |
| Título do trabalho:  |
| Data e horário da defesa:  |
| Local:  |
| BANCA (titulares) |
| Nomes | IES (local de trabalho) | Programa |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| BANCA (suplentes) |
| Nomes | IES (local de trabalho) | Programa |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Solicito ao Colegiado do Mestrado profissional em Ciências da Saúde a aprovação da banca de Defesa, conforme dados acima, e nos termos do regimento Interno deste Programa.

 Porto Velho, de de .

Ciente e de acordo:

Mestrando/a

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

Orientador/a

Parecer do Colegiado:

( ) Deferido ( ) Indeferido Reunião nº: Data: / /

Alterações/observações:

 Coordenação