

**UENF**

Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
MEDICINA VETERINÁRIA**REQUERIMENTO PARA HOMOLOGAÇÃO DE DEFESA**

NOME ALUNO		CELULAR DO ALUNO	MATRÍCULA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO	LABORATÓRIO	LINHA DE PESQUISA	
TIPO	DATA	HORA	LOCAL (agendado pelo Aluno)
() Projeto Mestrado () Dissertação	__/__/__	__ h __ min	
TÍTULO			

MEMBROS DA BANCA EXAMINADORA	INSTITUIÇÃO e LABORATÓRIO	TITULO D.Sc./PhD.	CPF (membro externo)	E-mail (membro externo)
			(orientador)	

MEMBROS SUPLENTE DA BANCA EXAMINADORA	INSTITUIÇÃO	TITULO	CPF (membro externo)	E-mail (m. externo)
Externo				
Interno				

Orientações:

1. Digitar os dados acima, enviar para posgradmedvet@uenf.br com as assinaturas que pode ser pelo GOV.BR;
2. Todos os campos CPF e e-mail devem ser preenchidos;
3. Se encaminhar o requerimento com dados incompletos, incoerentes ou faltando anexo(s), ele será devolvido;
4. O prazo para envio deste requerimento será de 15 dias antes da defesa;
5. **Para a Defesa de Dissertação o aluno deverá solicitar à Secretaria Acadêmica (SECACAD) a emissão do Nada Consta com 10 dias úteis de antecedência do envio deste formulário à Secretaria do PGMV e anexá-lo a este formulário;** e
6. O aluno(a) será responsável por agendar o local para a defesa e informar à Coordenação do Cursos qualquer alteração.

ASSINATURAS

Aluno: _____ Data: __/__/__

Orientador: _____ Data: __/__/__

() Deferido () Indeferido

 Coordenador: _____ Data: __/__/__