# UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO INSTITUTO DE GEOGRAFIA

**PROTOCOLO Nº**

 **/**

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO GEOGRAFIA

**MARCAÇÃO DE QUALIFICAÇÃO**

*(Preferencialmente digitado)*

|  |
| --- |
| **ALUNO** |
| **Matrícula** | **Bolsita:**  **NÃO**  **SIM** | **Telefone** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **DATA DA APRESENTAÇÃO** | **HORÁRIO** | **DIA DA SEMANA** | **VIDEOCONFERÊNCIA** |
| **QUALIFICAÇÃO** |  \_\_\_\_ / /  |  :  |  |  NÃO  SIM |
| **Nome do Examinador que participará por videoconferência:** |
| **TÍTULO DO TRABALHO (Letra Legível):** |
|  |
| **Orientador / Coorientador:** |
| **EXAMINADORES INTERNOS (UERJ – Nome Completo)** |
| Nome: |
| Nome: |
| Nome: |
| Nome: |
| **EXAMINADORES EXTERNOS****Nome completo** *(anexar cópia do diploma de doutor - frente e verso)* |
| Nome: CPF: E-mail: Tel. Vínculo Institucional: Doutorado/IES: Área: Ano:  |
| Nome: CPF: E-mail: Tel. Vínculo Institucional: \_ Doutorado/IES: Área: Ano:  |
| Nome: CPF: E-mail: Tel. Vínculo Institucional: Doutorado/IES: Área: Ano:  |
| Nome: CPF: E-mail: Tel. Vínculo Institucional: Doutorado/IES: Área: Ano:  |
|  / / Assinatura do orientador Data |
| Sala Reservada: ( ) Divulgação site/cartaz/facebook | Secretaria Data / /  | Coordenação Data / /  |