|  |  |
| --- | --- |
| **UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL-REI PRÓ-REITORIA DE PESQUISA** | **CENTRO FEDERAL DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA DE MINAS GERAIS**  **DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO** |
| **COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA ELÉTRICA** | |

**REQUERIMENTO DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO**

Curso: Mestrado em Engenharia Elétrica  
  
Senhor Coordenador,

O abaixo assinado vem requerer **agendamento da defesa de dissertação.**

**INSTRUÇÕES**

Enviar para a secretaria do PPGEL no e-mail [ppgel@cefetmg.br](mailto:ppgel@cefet-mg.br), este requerimento com os seguintes anexos: Histórico escolar do mestrado, 1ª página do currículo Lattes dos membros externos. Atenção: Tudo em um único arquivo PDF.

O aluno e o orientador assinarão este formulário pelo sistema SIPAC, desta forma não é necessário imprimir, assinar, digitalizar e enviar.

Enviar separadamente em arquivo WORD para a secretaria do PPGEL o Título, Resumo e Palavras Chaves, tudo em Inglês e Português.

O aluno foi bolsista em algum momento do mestrado?

( ) Sim ( ) Não

O aluno realizou e concluiu a atividade Estágio de Docência?

( ) Sim ( ) Não

|  |
| --- |
| **Parecer Coordenação do Curso:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL-REI PRÓ-REITORIA DE PESQUISA** | **CENTRO FEDERAL DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA DE MINAS GERAIS**  **DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO** |

Encaminho ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Engenharia Elétrica o pedido de defesa da dissertação abaixo discriminada para apreciação e aprovação da banca examinadora, data e horário propostos.

| Mestrando(a): | | | | |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| e-mail: | | | | CPF: | |
| Bolsista: | Sim | Não | Tel.: | Cel.: | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Título da Dissertação: | |  |
|  | | |
|  | Nº. de páginas: | |
| Área de Concentração: | | |
| Linha de Pesquisa: | |  |
| A dissertação está associada a um Projeto de Pesquisa: ( )sim ( )não  Nome do Projeto de Pesquisa: | |  |

| BANCA EXAMINADORA (Componentes Permanentes do PPGEL) |
| --- |
| Orientador(a): |
| Coorientador(a): |

|  |
| --- |
| Nome: |
| Nome: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| BANCA EXAMINADORA (Componentes Externos ao PPGEL) | | |
| Nome (completo): | |  |
| Instituição de Trabalho: | |  |
| CPF: | e-mail: |  |
| **(Para membro estrangeiro**)  Nº Passaporte: | **(Para membro estrangeiro)**  Data nascimento: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nome (completo): | |
| Instituição de Trabalho: | |
| CPF: | e-mail: |
| **(Para membro estrangeiro**)  Nº Passaporte: | **(Para membro estrangeiro)**  Data nascimento: |

| Data de Defesa | / / | Horário da Defesa |  |
| --- | --- | --- | --- |

Autorizo a divulgação de minha dissertação no banco de dissertações e teses da CAPES.

OBS: Preenchimento OBRIGATÓRIO de TODOS os campos desse formulário.

Anexar a PRIMEIRA PÁGINA dos Currículos Lattes dos componentes externos.

ENVIAR POR E-MAIL: Resumo e palavras-chave da dissertação para (ppgel@cefetmg.br).

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Assinatura do Aluno |  | Assinatura do Orientador |

| **UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL-REI PRÓ-REITORIA DE PESQUISA** | | **CENTRO FEDERAL DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA DE MINAS GERAIS**  **DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO** | |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **PARA VERIFICAÇÃO DA SEÇÃO DE REGISTRO ESCOLAR DE PÓS-GRADUAÇÃO** | | | |
|  | DISCIPLINAS | | N° de créditos | |
|  | Módulo de Disciplinas Obrigatórias “MDO” | |  | |
|  | Módulo de Formação Básica “MFB” | |  | |
|  | Módulo de Formação Específica “MFE” | |  | |
|  | Módulo de Elaboração de Dissertação “MED” | |  | |
|  | Aproveitamentos de Créditos | |  | |
|  | **Total de Créditos:** | |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| DOCUMENTAÇAO REGULARIZADA  OBS: SE ASSINALAR “NÃO”, RELACIONAR OS DOCUMENTOS FALTANTES. | | SIM | NÃO |
| Faltam os seguintes documentos: |  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | | |

| Exame de Qualificação: ( ) Dispensado ( ) Submissão à Banca. Deferido em: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |
| --- |
| **Proficiência em Língua Inglesa** - Teste realizado em:\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PARECER DO COLEGIADO** | |  |
| Deferido.  Indeferido. | Data da reunião de aprovação:  \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do Presidente do Colegiado |