###### COMUNICAÇÃO INTERNA

|  |
| --- |
| Nº **\_\_\_\_\_\_\_\_\_/201\_** |
| **DE**(nome do professor solicitante) Docente Permanente do PPGECMT | DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/201\_ |
| **PARA** Ivani Teresinha LawallCoordenadora do Programa de Pós Graduação em Ensino de Ciências, Matemática e Tecnologias |
| **ASSUNTO**Solicitação de apresentação de dissertação |
| Senhora coordenadora, Solicito as devidas providências para viabilizar a apresentação da Dissertação e Produto Educacional de Mestrado Profissional do(a) aluno(a) **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, do Curso de Pós Graduação em Ensino de Ciências, Matemática e Tecnologias conforme segue:Título da dissertação: “**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**”.Título do Produto Educacional: “**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**”.Data da defesa: \_\_/\_\_/\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_(horas). Local:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Área de concentração: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Banca Examinadora: Prof. Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­\_ – CCT/UDESC (presidente/orientador) Prof. Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­ - CCT/UDESC Prof. Dr. \_\_\_\_convidado externo\_\_\_ - (sigla da universidade) Prof. Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - CCT/UDESC ( suplente externo, sigla da universidade ) Prof. Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - CCT/UDESC (suplente interno)DADOS DO AVALIADOR EXTERNO:Anexar cópia da primeira página do currículo Lattes do avaliador externo, cadastro do avaliador externo – Modelo PPGECMT e justificativa referente ao avaliador externo – Modelo PPGECMT. **O professor orientador ficará responsável pela solicitação do cadastro do avaliador externo suplente não cadastrado no PPGECMT no caso do não comparecimento do membro externo titular.****REQUISIÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS PARA A PARTICIPAÇÃO DO AVALIADOR EXTERNO:**

|  |
| --- |
|  **REQUISIÇÃO DE** **HOTEL** Data de entrada \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Data saída \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ |
| **REQUISIÇÃO DE** **PASSAGEM**: Aérea: ( ) Terrestre: ( ) Motorista do CCT\* ( )Data e horário de Vinda: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ às \_\_\_h\_\_\_ Data e horário de Retorno: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ às \_\_\_h\_\_\_\*Conforme determinação da Direção de Administração do CCT, o motorista será disponibilizado somente em casos especiais |
|  |

Atenciosamente,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Coloque o nome do professor orientador) |