



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde



FORMULÁRIO PARA AGENDAMENTO DE DEFESA - *LATO SENSU* ENTREGUE NA SECA EM: ____ / ____ / ____

ALUNO(A): _____ ANO DE INGRESSO: _____

CURSO: RESIDÊNCIA ESPECIALIZAÇÃO DATA DA DEFESA: ____ / ____ / ____ HORA: ____ : ____

A DEFESA SERÁ: PRESENCIAL | PÚBLICA
 REMOTA | FECHADA

*Em caso de defesa fechada, entre em contato com a coordenação do curso de Especialização através do e-mail incqs.cpg@fiocruz.br.

*As defesas serão apresentadas no formato presencial, salvo os casos de membros titulares de banca residentes de outros Estados ou Países.

TÍTULO DO PROJETO: _____

COMISSÃO EXAMINADORA

1º TITULAR: _____

2º TITULAR: _____ INSTITUIÇÃO: _____

E-MAIL: _____ TELEFONE: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____ CPF: _____ RG: _____

3º TITULAR: _____ INSTITUIÇÃO: _____

E-MAIL: _____ TELEFONE: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____ CPF: _____ RG: _____

SUPLENTE: _____

DE ACORDO

ORIENTADOR(A)/TUTOR(A): _____ RUBRICA: _____

ORIENTADOR(A)/PRECEPTOR(A): _____ RUBRICA: _____

ASSINATURA DO(A) ALUNO(A): _____