**FORMULÁRIO PARA BANCA DE TCC**

**(Resolução Ceart nº. 01/2019)**

Nome completo:

Curso/Habilitação:

E-mail institucional:

Matrícula:

Telefone:

Semestre da defesa:

Data pretendida:

Hora pretendida:  7:30 /  9:00 /  10:30 /  13:00 /  14:30 /  16:00 /  17:30 /  19:00  20:30

outro (conforme disponibilidade dos membros da banca):

Título do TCC:

**BANCA EXAMINADORA**

|  |  |
| --- | --- |
| **FUNÇÃO** | **Orientador(a)** |
| **NOME** |  |
| **EMAIL** |  |
| **INSTITUIÇÃO** |  |
| **TITULAÇÃO** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **FUNÇÃO** | **Membro 1** |
| **NOME** |  |
| **EMAIL** |  |
| **INSTITUIÇÃO** |  |
| **TITULAÇÃO** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **FUNÇÃO** | **Membro 2** |
| **NOME** |  |
| **EMAIL** |  |
| **INSTITUIÇÃO** |  |
| **TITULAÇÃO** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **FUNÇÃO** | **Suplente** |
| **NOME** |  |
| **EMAIL** |  |
| **INSTITUIÇÃO** |  |
| **TITULAÇÃO** |  |

Formulário sujeito a ciencia do Orientador que deverá assinar o documento digital no SGPe antes da aprovação da banca em reunião do Colegiado Pleno do Curso.