



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
EDUCAÇÃO INCLUSIVA – PROFEI**



**CADASTRO DE MEMBRO TITULAR EXTERNO DA BANCA DE QUALIFICAÇÃO/DEFESA DE
MESTRADO EM EDUCAÇÃO INCLUSIVA , DO(A) PÓS-GRADUANDO(A)**

1. IDENTIFICAÇÃO DO DOCENTE

Nome:

RG:

CPF:

E-mail:

2. INSTITUIÇÃO/DEPARTAMENTO QUE ATUA

IES:

Departamento:

Rua:

Nº

Bairro:

Estado:

CEP:

Fone(s):

3. ENDEREÇO RESIDENCIAL

Rua:

Nº

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

Fone(s):

4. TITULAÇÃO

Universidade:

Área de Titulação:

Ano da Titulação:

Título da Tese:

Título da Pesquisa atual:

Cidade:

Estado:

CEP:

Fone(s):

Possui vínculo como professor(a) de pós-graduação na IES de origem? () Sim, Qual: () Não.

(local, data)

Nome e Assinatura do docente

(Orientador esse doc, preenchido e assinado pelos convidados externos, deve ser enviado, via SIGES à coordenação do Programa)