UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC
Faculdade de Economia, Administração, Atuária e Contabilidade - FEAAC
Programa de Pós-Graduação em Administração e Controladoria Profissional – PPAC-PROF

FORMULÁRIO DE AGENDAMENTO

Ilmo. Sr. Coordenador do PPAC Profissional– Programa de Pós-graduação em Administração e Controladoria,
_____, aluno(a) regularmente matriculado(a) no Mestrado Profissional em Administração e Controladoria, da Universidade Federal do Ceará – UFC, nos termos do regulamento do curso e das normas estabelecidas pela Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, SOLICITA agendar, para o dia ____/____/____, às_____h _____
(marcar com x e preencher)

☐ DEFESA DO PROJETO DE DISSERTAÇÃO.

☐ EXAME DE QUALIFICAÇÃO (até quinze dias de antecedência e até três meses antes da defesa final).

☐ DEFESA FINAL DE DISSERTAÇÃO (até quinze dias de antecedência).

O trabalho a ser examinado tem como título _____
_____.
A banca examinadora será composta pelos seguintes professores:
_____- Professor orientador
_____- Membro 2
_____- Membro 3
_____- Membro 4

Nestes termos, pede deferimento (assinaturas obrigatórias)
Fortaleza (CE)_____/_____/_____
_____aluno(a)
_____Assinatura do(a) orientador(a)

EXAME DE ELEGIBILIDADE PARA DEFESA - PARA USO DA SECRETARIA – Marcar com X

☐ O(a) aluno(a) tem integralizados pelo menos vinte e quatro créditos em disciplinas e atividades obrigatórias e optativas, satisfazendo aos requisitos de aprovação e de média estabelecidos em Regimento.

☐ O(a) aluno(a) entregou documentação comprobatória de Certificado de Proficiência em leitura e compreensão da língua inglesa.

☐ A data solicitada pelo (a) aluno(a) atende ao requisito de antecedência estabelecido em Regimento e não ultrapassa o prazo final estabelecido pela coordenação do PPAC.

☐ O(a) aluno(a) não possui pendências administrativas ou financeiras na ACEP.

Há disponibilidade da sala No ____, das____h___às_____h__, com projetor multimídia e computador disponibilizados. Recursos especiais deverão ser disponibilizados pelo(a) requisitante.
_____Assinatura do(a) secretário(a), em_____/____/_____

DESPACHO DO COORDENADOR DO PPAC/MPAC - ☐ Autorizamos ☐ Não autorizamos
Justificativa: _____
_____.

_____
Assinatura do coordenador PPAC PROFISSIONAL