**FORMULÁRIO DE ENTREGA DE TESE DEFINITIVA**

**Ilmo(a) Coordenador(a) do Programa de Pós-Graduação em Educação**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, matrícula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, venho requerer a expedição do Diploma de  Doutor em Educação junto a Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da UFPB, em virtude da aprovação da Tese de Doutorado intitulada \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, defendida  no dia \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, sob a orientação Acadêmica do(a) Prof.(a) Dr.(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Fiz o autodepósito no SIGAA e encaminho a Tese definitiva para o email **[ppge.sec@gmail.com,](mailto:%20e-mail%20secppge@ce.ufpb.br,%20%20%20ambas" \o "mailto:%20e-mail%20secppge@ce.ufpb.br,%20%20%20ambas)** juntamente com os seguintes documentos em PDF (arquivo único), na ordem que se segue:

* fotocópia do Diploma de Graduação (frente e verso);
* Fotocópia do Diploma de Mestre (frente e verso);
* fotocópia de Identidade e CPF (não é aceita Habilitação);
* documento comprobatório em caso de mudança de nome;
* requerimento (este FORMULÁRIO DE ENTREGA DE TESE DEFINITIVA),

a fim de que seja providenciada, junto à Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, a expedição de meu **Diploma de Doutor em Educação**, a que faço jus de acordo com a Resolução n.º  \_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_ do CONSEPE.

**Para inserção de informações da sua banca na plataforma Sucupira (CAPES), forneça as seguintes informações sobre sua atuação profissional:**

Tipo de vínculo:

Tipo de Instituição:

Expectativa de atuação:

Mesma área de atuação?

João Pessoa, \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) requerente

      Contato do(a) requerente (e-mail e telefone):