**FORMULÁRIO PARA COMPOSIÇÃO DA COMISSÃO EXAMINADORA DE TCC/TCR**

Bauru, 04 de setembro de 2020.

Ilma. Sra.

# Profa. Dra. Ana Lúcia Pompéia Fraga de Almeida

Presidente da Comissão de Cultura e Extensão Universitária do HRAC-USP

Pelo presente, a título de sugestão, apresentamos os nomes abaixo para composição da Comissão Examinadora do Trabalho de Conclusão de Curso/Residência de **NOME DO ALUNO**, aluno(a) do curso de pós-graduação *lato sensu* **Nome do curso**, oferecido pelo HRAC-USP com início em **01/03/2019** e término previsto para **28/02/2021**.

Título do trabalho: *“**Título do trabalho”*

Orientador: Nome completo

Coorientador (se houver): Nome completo

|  |  |
| --- | --- |
| **Membros titulares** | **Instituição** |
| 1 – Titular 1 - Nome completo | Instituição Titular 1 |
| 2 – Titular 2 - Nome completo | Instituição Titular 1 |
| **Membros suplentes** | **Instituição** |
| 1 – Suplente 1 - Nome completo | Instituição Suplente 1 |
| 2 – Suplente 2 - Nome completo | Instituição Suplente 2 |

Atenciosamente,

Orientador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Assinatura (ciência) dos membros da Comissão Examinadora.*

Titular 1: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Titular 2: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Obs.: Avaliadores externos ao HRAC-USP poderão dar ciência por e-mail – que deverá ser encaminhado à SAAC (saac@usp.br) ou anexado a este formulário.*

**Contatos dos membros da Comissão Examinadora**

**Orientador**

Nome: Nome completo

E-mail: E-mail

Telefone(s): (14) 00000-0000 / (14) 0000-0000

Local de trabalho: Instituição / Setor / Departamento

**Titular 1**

Nome: Nome completo

E-mail: E-mail

Telefone(s): (14) 00000-0000 / (14) 0000-0000

Local de trabalho: Instituição / Setor / Departamento

**Titular 2**

Nome: Nome completo

E-mail: E-mail

Telefone(s): (14) 00000-0000 / (14) 0000-0000

Local de trabalho: Instituição / Setor / Departamento

**Suplente 1**

Nome: Nome completo

E-mail: E-mail

Telefone(s): (14) 00000-0000 / (14) 0000-0000

Local de trabalho: Instituição / Setor / Departamento

**Suplente 2**

Nome: Nome completo

E-mail: E-mail

Telefone(s): (14) 00000-0000 / (14) 0000-0000

Local de trabalho: Instituição / Setor / Departamento