

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

CENTRO SOCIOECONÔMICO

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PLANEJAMENTO E CONTROLE DE GESTÃO DA SAÚDE

Campus Universitário – Trindade/ Florianópolis/SC

## E-mail: inscricao.epcgs@contato.ufsc.br

**SOLICITAÇÃO DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO (TCC)**

**À Coordenação do Curso de Especialização em Planejamento e Controle de Gestão da Saúde,**

Solicito providências para realização da DEFESA DE TCC DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO, conforme informações abaixo:

|  |  |
| --- | --- |
| **Aluno(a) (Nome Completo):** |  |
| **CPF (aluno(a):** |  |
| **E-mail (aluno(a)):** |  |
| **Data e Horário(Banca):** |  |
| **Link da vídeo chamada:** |  |
| **Título do TCC:** |  |

**A Banca examinadora será composta pelos seguintes Professores:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Função** | **Professor(a)** | **E-mail** | **Departamento/ Instituição** |
| **Orientador** |  |  |  |
| **Membro 1** |  |  |  |

Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 202\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Assinatura do aluno

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

Assinatura do(a) Orientador(a)

**Obs.: Se o(a) aluno(a) fizer assinatura manual, o(a) professor(a) poderá fazer assinatura digital somente depois. A assinatura digital perde seus efeitos se o documento for impresso e digitalizado.**