**Ilmo. Sr. Prof. Dr. Carlos Gilberto Carlotti Junior**

**Pró-Reitor de Pós-Graduação-USP**

**Venho pelo presente solicitar autorização para que a defesa abaixo explicitada seja realizada 100% a distância, devido a Pandemia COVID-19**

**Programa:  
   
Tipo de Exame: (  ) Defesa      (  ) Qualificação**

**Mestrado   [ ] Doutorado [ ]**

**Nome completo do (a) aluno (a):**

**Data da defesa/Exame: Hora:**

**Qual Plataforma irá utilizar?   [    ] Google Meet   [   ] Whereby   [  ] Zoom  [   ] Outro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
   
Atenciosamente**

***Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Nome do Orientador***