



SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA



REQUERIMENTO EXAME GERAL DE DEFESA DE MESTRADO ACADÊMICO

* Preenchimento somente para alunos aprovados no exame geral de qualificação

() 1º requerimento () 2º requerimento (em caso de reprovação)

* Preencher em letra legível!

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Nome do aluno: RA:

Telefone fixo: () Celular: ()

E-mail:

DADOS PARA AGENDAMENTO

Data da Defesa: / / Horário:

Título:

RESERVA DE MATERIAL

() Laptop () Projetor Multimídia
() Outros: _____

Reservado à secretaria de pós-graduação

Totalização mínima de créditos para a defesa

Disciplinas Obrigatórias (19 créditos) () cumpridos () não cumpridos
Disciplinas Optativas (mínimo de 4 créditos) () cumpridos () não cumpridos ADO
- Atividades Didáticas Obrigatórias (mínimo de 1 créditos) () cumpridos () não cumpridos
AACC - Atividades Acadêmicas Científicas Complementares (mínimo de 2 créditos) () cumpridos () não cumpridos
Dissertação (24 créditos) () cumpridos () não cumpridos

Total de créditos cumpridos até o momento (mínimo 26 créditos): _____

* Considerar créditos de disciplinas optativas excedentes

Marília, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do(a) Orientador(a)

Assinatura do(a) Pós-Graduando(a)

Visto da Secretaria:



SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA



PROPOSTA DE NOMES PARA COMPOR A BANCA EXAMINADORA

* Titulação Mínima: Doutorado

1º TITULAR (Orientador)

Nome:

CPF:

Instituição:

Endereço:

Cidade:

UF:

CEP:

Telefone: ()

E-mail:

2º TITULAR (Programa ou Famema ou Externo)

Nome:

CPF:

Instituição:

Endereço:

Cidade:

UF:

CEP:

Telefone: ()

E-mail:

3º TITULAR (Externo ao Programa e a Famema)

Nome:

CPF:

Instituição:

Endereço:

Cidade:

UF:

CEP:

Telefone: ()

E-mail:

Programa de Mestrado Acadêmico "Saúde e Envelhecimento"

Av. Monte Carmelo, 800, Fragata – CEP: 17.519-030 Marília - SP

Fone: (14) 3402 1872 – Email: mestradoacademicofamema@gmail.com



SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA



1º SUPLENTE (Programa ou Famema ou Externo)		
Nome:		
CPF:		
Instituição:		
Endereço:		
Cidade:	UF:	CEP:
Telefone: ()	E-mail:	
2º SUPLENTE (Externo ao Programa e a Famema)		
Nome:		
CPF:		
Instituição:		
Endereço:		
Cidade:	UF:	CEP:
Telefone: ()	E-mail:	
Marília, ____ de _____ de 20__.		
Assinatura do(a) Orientador(a)		Assinatura do(a) Pós-Graduando(a)
Visto da Secretaria:		