



SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO,
CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA
Programa de Mestrado Acadêmico "Saúde e Envelhecimento"

REQUERIMENTO DE EXAME GERAL DE QUALIFICAÇÃO DE MESTRADO ACADÊMICO

() 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 Qualificação: / /

Horário:

Título:

RESERVA DE MATERIAL

() Laptop

() Projetor Multimídia

() Outros: _____

Reservado à secretaria de pós-graduação

Totalização mínima de créditos para a qualificação

Disciplinas Obrigatórias (18 créditos)

() cumpridos () não cumpridos

Disciplinas Optativas (mínimo de 4 créditos)

() cumpridos () não cumpridos

ADO - Atividades Didáticas Obrigatórias (mínimo de 2 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:



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 Externo ao Programa)

Nome:

CPF:

Instituição:

Endereço:

Cidade:

UF:

CEP:

Telefone: ()

E-mail:

3º TITULAR (Externo ao Programa)

Nome:

CPF:

Instituição:

Endereço:

Cidade:

UF:

CEP:

Telefone: ()

E-mail:



SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO,
CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA
Programa de Mestrado Acadêmico "Saúde e Envelhecimento"

1º SUPLENTE (Programa ou Externo ao Programa)

Nome:

CPF:

Instituição:

Endereço:

Cidade:

UF:

CEP:

Telefone: ()

E-mail:

2º SUPLENTE (Externo ao Programa)

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: