



SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO, CIÊNCIA,
TECNOLOGIA E INOVAÇÃO

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA
Programa de Mestrado Acadêmico “Saúde e Envelhecimento”



REQUERIMENTO EXAME GERAL DE DEFESA

** Preenchimento somente para alunos aprovados no exame geral de qualificação*

** 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 (18 créditos)	() cumpridos () não cumpridos
Disciplinas Optativas (mínimo de 4 créditos)	() cumpridos () não cumpridos
ADO - Atividades Didáticas Obrigatórias (mínimo de 1 ou 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:



SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO, CIÊNCIA,
TECNOLOGIA E INOVAÇÃO

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA
Programa de Mestrado Acadêmico “Saúde e Envelhecimento”



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:



SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO, CIÊNCIA,
TECNOLOGIA E INOVAÇÃO

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA
Programa de Mestrado Acadêmico “Saúde e Envelhecimento”



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: