



SECRETARIA DO DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA
FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA
Diretoria de Pós Graduação, Pesquisa e Extensão
PROGRAMA DE MESTRADO ACADÊMICO “SAÚDE E ENVELHECIMENTO”

REQUERIMENTO EXAME GERAL DE QUALIFICAÇÃO

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

* PREENCHER EM LETRA DE FORMA LEGÍVEL

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Nome do aluno: RA:

Telefone fixo: () Celular: ()

E-mail:

DADOS PARA AGENDAMENTO

Data da Qualificação: / / Horário:

Título:

RESERVA DE MATERIAL

() Projetor Multimídia () Retroprojeto
() Laptop () Projetor de Slides
() TV () Outros: _____

RESERVADO À SECRETARIA DE PÓS-GRADUAÇÃO

TOTALIZAÇÃO MÍNIMA DE CRÉDITOS PARA A QUALIFICAÇÃO

Disciplinas (40 créditos)	Obrigatórias (32 créditos)	() cumpridos	() não cumpridos
	Optativas (mínimo de 8 créditos)	() cumpridos	() não cumpridos

Créditos didáticos obrigatórios (10 créditos) () cumpridos () não cumpridos

Total de créditos cumpridos até o momento (mínimo 50 créditos): _____

* Considerar créditos de disciplinas optativas excedentes

Marília, de de

Assinatura do(a) Orientador(a)

Assinatura do(a) Pós-Graduando(a)

Visto da Secretaria:



PROPOSTA DE NOMES PARA COMPOR A BANCA EXAMINADORA

PRESIDENTE DA BANCA EXAMINADORA		
1º TITULAR (ORIENTADOR):		
SUGESTÃO DE NOMES PARA COMPOR A BANCA EXAMINADORA (TÍTULO MÍNIMO DOUTOR)		
2º TITULAR (PROGRAMA)		
Nome:		
CPF:		
Instituição:		
Endereço:		
Cidade:	UF:	CEP:
Telefone: ()	Fax: ()	
3º TITULAR (EXTERNO AO PROGRAMA)		
Nome:		
CPF:		
Instituição:		
Endereço:		
Cidade:	UF:	CEP:
Telefone: ()	Fax: ()	
SUPLENTE (PROGRAMA OU EXTERNO AO PROGRAMA)		
Nome:		
CPF:		
Instituição:		
Endereço:		
Cidade:	UF:	CEP:
Telefone: ()	Fax: ()	
Marília, de de		
----- Assinatura do(a) Orientador(a)		----- Assinatura do(a) Pós-Graduando(a)
Visto da Secretaria:		