|  |
| --- |
| REQUERIMENTO DE EXAME GERAL DE QUALIFICAÇÃO DE MESTRADO |
| (\_\_\_) 1º requerimento (\_\_\_) 2º requerimento (em caso de reprovação)*\* Preenchimento digitado ou em letra legível* |
| **DADOS PESSOAIS** |
| Nome do pós-graduando: | RA: |
| Telefone fixo: ( ) Celular: ( ) |
| *E-mail*: |
|  |
| **DADOS DE AGENDAMENTO** |
| Data da Defesa: / / Horário:  |
| Título da Dissertação de Mestrado: |
|  |
|  |
|  |
|  |
| RECURSOS NECESSÁRIOS |
| ( ) *Laptop*  ( ) Projetor Multimídia ( ) Ambiente Virtual |
| ( ) Outros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| Reservado à Secretaria do Programa |
| Totalização mínima de créditos para a qualificação (26 créditos) |
|  Disciplinas Obrigatórias (19 créditos) ( ) cumpridos ( ) não cumpridos Disciplinas Optativas (mínimo4 créditos) ( ) cumpridos ( ) não cumpridos ADO - Atividades Didáticas Obrigatórias (1 crédito) ( ) cumpridos ( ) não cumpridos AACC - Atividades Acadêmicas Científicas Complementares (mínimo2 créditos) ( ) cumpridos ( ) não cumpridos |

|  |
| --- |
| Marília,\_\_\_\_ de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_.  |
|  |
| **Assinatura do(a) Orientador(a) Assinatura do(a) Pós-Graduando(a)** |
| Visto Secretaria: |

|  |
| --- |
| LISTA 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:  |

|  |
| --- |
| **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 Secretaria: |

|  |
| --- |
| Reservado ao Conselho do Programa |
| Data da Reunião: |
| Parecer: |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Assinatura: |

\*revisão novembro 2021.