|  |  |
| --- | --- |
| REQUERIMENTO DE EXAME GERAL DE QUALIFICAÇÃO DE MESTRADO | |
| 1º requerimento  2º requerimento (em caso de reprovação) *\* Preenchimento digitado* | |
| **DADOS PESSOAIS** | |
| Pós-graduando(a): | RA: |
| Telefone fixo: (     )       Celular: (     ) | |
| *E-mail*: | |
| **DADOS DE AGENDAMENTO** | |
| Data da Qualificação:      /     /      Horário: | |
| Título da Dissertação de Mestrado: | |
| **MODALIDADE**  Presencial  Videoconferência (híbrido)  On-line | |
| RECURSOS NECESSÁRIOS | |
| Computador  Projetor Multimídia  Link Plataforma Moodle (ambiente virtual) | |
| Outros: | |

|  |
| --- |
| Reservado à Secretaria do Programa |
| Conferência do cumprimento de créditos |
| **1. Disciplinas Obrigatórias**  ( ) cumpridos ( ) não cumpridos  **2. Disciplinas Optativas**  ( ) cumpridos ( ) não cumpridos  **3. Atividades Didáticas Obrigatórias (ADO)**  ( ) cumpridos ( ) não cumpridos  **4. Atividades Acadêmicas Científicas Complementares (AACC)**  ( ) cumpridos ( ) não cumpridos  **5. Proficiência na língua inglesa**  ( ) Aprovado ( ) Reprovado  Visto Secretaria: |

|  |  |
| --- | --- |
| Marília,       de      de 20     . | |
|  | |
| **Assinatura do(a) Orientador(a) Assinatura do(a) Pós-Graduando(a)** | |
|  | |
| INDICAÇÃO PARA COMPOR A BANCA EXAMINADORA | |
| \* Titulação Mínima dos membros: título de doutor | |
| **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)** |
|  |

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

\*revisão julho 2025.