|  |
| --- |
| 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 ( ) ReprovadoVisto 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.