|  |  |
| --- | --- |
| **REQUERIMENTO DE EXAME GERAL DE QUALIFICAÇÃO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO**  **EM ENSINO EM SAÚDE – MESTRADO PROFISSIONAL** | |
| **\* Preenchimento Eletrônico**  **INFORMAÇÕES PESSOAIS** | |
| Nome do aluno: | RA: |
| Telefone fixo: (     )      Celular:(     ) | |
| E-mail: | |
| **INFORMAÇÕES PROFISSIONAIS** | |
| Empresa e/ou Instituição: | |
| Endereço: | |
| Cidade:      UF:      CEP: | |
| Telefone: (     ) | |
| **DADOS PARA AGENDAMENTO** | |
| Data da qualificação:       Horário: | |
| Título da dissertação: | |
|  | |
| RESERVA DE MATERIAL  (      ) Defesa Presencial  (      ) Defesa híbrida (videoconferência via Teams)  \*o Presidente da banca e o Pós-Graduando deverão estar presentes obrigatoriamente.  (      )Projetor Multimídia  ( ) *Laptop*  (      ) *Web Cam* (      ) Outros: | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **RESERVADO À SECRETARIA DE PÓS-GRADUAÇÃO** | | | |
| **Disciplinas**  **(30 créditos)** | **Obrigatórias**  **(18 créditos)** | (     )cumpridos | (     )não cumpridos |
| **Optativas**  **(mínimo de 12 créditos)** | (     )cumpridos | (      )não cumpridos |
| Marília,       de       de 20     .    **Assinatura do(a) Orientador(a) Assinatura do(a) Pós-Graduando(a)**  Visto da Secretaria: | | | |

|  |
| --- |
| **PROPOSTA DE NOMES PARA COMPOR A BANCA EXAMINADORA** |
| \*SUGESTÃO DE NOMES PARA COMPOR A BANCA EXAMINADORA (TÍTULO MÍNIMO DOUTOR) |
| **1º TITULAR (ORIENTADOR)**  Nome: |
| CPF: |
| Instituição: |
| Endereço: |
| Cidade:       UF:      CEP: |
| Telefone: (      ) |
| **E-mail:** |
| **Coorientador:** (desde que formalizado pelo Conselho do PPGES) |
| **Nome:** |
| **CPF:** |
| **E-mail:** |
| **2º TITULAR (PROGRAMA OU EXTERNO)**  Nome: |
| CPF: |
| Instituição: |
| Endereço: |
| Cidade:      UF:       CEP: |
| Telefone: (     ) |
| **E-mail:** |
| **3º TITULAR (PROGRAMA OU EXTERNO)**  Nome: |
| CPF: |
| Instituição: |
| Endereço: |
| Cidade:       UF:       CEP: |
| Telefone: (      ) |
| **E-mail:** |

|  |
| --- |
| **1º SUPLENTE (PROGRAMA OU EXTERNO)**  Nome: |
| CPF: |
| Instituição: |
| Endereço: |
| Cidade:      UF:      CEP: |
| Telefone: (     ) |
| **E-mail:** |
| **2º SUPLENTE (PROGRAMA OU EXTERNO)**  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: |

**OBSERVAÇÕES**

-Após aprovação deste, junto ao conselho do programa, as cartas convite serão enviadas aos membros da banca em até 07 dias úteis. A dissertação digital ou impressa será enviada pelo Pós-graduando no prazo acordado com o orientador e a banca.