|  |
| --- |
| **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.