**REQUERIMENTO DE EXAME DE QUALIFICAÇÃO**

À Coordenação do Programa Profissional de Pós-Graduação em Ensino em Saúde

**Assunto:** Banca de Exame de Qualificação

Sr(a). Coordenador(a),

Tendo em vista que o(a) aluno(a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

do Curso de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde, matrícula:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cumpriu os requisitos exigidos constantes no Regimento do Programa Profissional de Pós-Graduação em Ensino em Saúde desta IES, solicito de V. Sa. as providências necessárias para a realização do Exame de **Qualificação**, para o dia \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, no horário\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Como sugestão dos membros da BANCA EXAMINADORA indico os professores abaixo relacionados.

**EXAME DE QUALIFICAÇÃO**

|  |
| --- |
| **NOME DO(A) DISCENTE:**  |
| **MATRÍCULA:** | **CPF:** |
| **DATA DE INGRESSO NO PROGRAMA:** |
| **PROJETO QUE ORIGINOU O TRABALHO DE DISSERTAÇÃO:** |
| **TÍTULO DA DISSERTAÇÃO:** |
| **DATA E HORÁRIO DA APRESENTAÇÃO:** |

**MEMBROS DA BANCA EXAMINADORA**

**ORIENTADOR(A)**

|  |
| --- |
| PROFESSOR(A) DR(A):  |
| CPF: ORCID: DATA DE NASCIMENTO:  |
| I.E.S. DE MAIOR TITULAÇÃO (DR): ANO DA TITULAÇÃO: |
| BOLSISTA DE PRODUTIVIDADE EM PESQUISA? AGÊNCIA: NÍVEL:  |
| I.E.S. DE VÍNCULO:  |
| UNIDADE:  |
| DEPTO:  |
| FONE: (\_\_\_\_)  |
| E-MAIL:  |

**MEMBRO 1**

|  |
| --- |
| PROFESSOR(A) DR(A):  |
| CPF: ORCID: DATA DE NASCIMENTO:  |
| I.E.S. DE MAIOR TITULAÇÃO (DR): ANO DA TITULAÇÃO: |
| BOLSISTA DE PRODUTIVIDADE EM PESQUISA? AGÊNCIA: NÍVEL:  |
| I.E.S. DE VÍNCULO:  |
| UNIDADE:  |
| DEPTO:  |
| FONE: (\_\_\_\_)  |
| E-MAIL:  |

**MEMBRO 2**

|  |
| --- |
| PROFESSOR(A) DR(A):  |
| CPF: ORCID: DATA DE NASCIMENTO:  |
| I.E.S. DE MAIOR TITULAÇÃO (DR): ANO DA TITULAÇÃO: |
| BOLSISTA DE PRODUTIVIDADE EM PESQUISA? AGÊNCIA: NÍVEL:  |
| I.E.S. DE VÍNCULO:  |
| UNIDADE:  |
| DEPTO:  |
| FONE: (\_\_\_\_)  |
| E-MAIL:  |

**SUPLENTE 1**

|  |
| --- |
| PROFESSOR(A) DR(A):  |
| CPF: ORCID: DATA DE NASCIMENTO:  |
| I.E.S. DE MAIOR TITULAÇÃO (DR): ANO DA TITULAÇÃO: |
| BOLSISTA DE PRODUTIVIDADE EM PESQUISA? AGÊNCIA: NÍVEL:  |
| I.E.S. DE VÍNCULO:  |
| UNIDADE:  |
| DEPTO:  |
| FONE: (\_\_\_\_)  |
| E-MAIL:  |

**SUPLENTE 2**

|  |
| --- |
| PROFESSOR(A) DR(A):  |
| CPF: ORCID: DATA DE NASCIMENTO:  |
| I.E.S. DE MAIOR TITULAÇÃO (DR): ANO DA TITULAÇÃO: |
| BOLSISTA DE PRODUTIVIDADE EM PESQUISA? AGÊNCIA: NÍVEL:  |
| I.E.S. DE VÍNCULO:  |
| UNIDADE:  |
| DEPTO:  |
| FONE: (\_\_\_\_)  |
| E-MAIL:  |

Juazeiro do Norte, CE, \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do (a) Orientador (a)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) Aluno(a)

Despacho da Coordenação do Programa Profissional de Pós-Graduação em Ensino em Saúde.

 ( ) Deferido ( ) Indeferido

 Prof(a). Dr(a). \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 COORDENADOR DO PROGRAMA