**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