|  |
| --- |
| 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 |
| Total mínimo de créditos para a qualificação (26 créditos) |
|  Disciplinas Obrigatórias (19 créditos) ( ) cumpridos ( ) não cumpridos Disciplinas Optativas (mínimo 4 créditos) ( ) cumpridos ( ) não cumpridos ADO - Atividades Didáticas Obrigatórias (1 crédito) ( ) cumpridos ( ) não cumpridos AACC - Atividades Acadêmicas Científicas Complementares (mínimo 2 créditos) ( ) cumpridos ( ) não cumpridosProficiência 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: Doutorado |
| **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)** |
| Visto Secretaria: |

|  |
| --- |
| Reservado ao Conselho do Programa |
| Data da Reunião: |
| Parecer: |
|  |
|  |
|  |
| Assinatura: |

\*revisão maio 2023.