|  |  |
| --- | --- |
| 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 cumpridos  Proficiência na língua inglesa ( ) Aprovado ( ) Reprovado  Visto 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.