**REQUERIMENTO DE AGENDAMENTO DE EXAME DE QUALIFICAÇÃO**

Eu, abaixo identificado, venho mui respeitosamente requerer dessa coordenação APROVAÇÃO DOS NOMES PARA COMPOSIÇÃO DA BANCA DE EXAME DE QUALIFICAÇÃO, bem como AGENDAMENTO DA DATA DA QUALIFICAÇÃO, conforme a seguir especificado:

|  |  |
| --- | --- |
| Nome  |  |
| Programa | Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - UEA |
| Nº matrícula |  |
| Ano de Ingresso |  |
| Telefone |  |
| e-mail |  |

|  |
| --- |
| Nome do Orientador:Nome do Coorientador:  |
| Título do Projeto:  |
| Data de Realização do Exame de Qualificação: Hora:  |
| Local:  |
| **BANCA EXAMINADORA** |
| **MEMBROS** | **NOME** |
| **Presidente**(Orientador) | Prof. CPF:E-mail: Telefone:  |
| Membro(Interno **do Programa**) | Prof. CPF: E-mail: Telefone:  |
| Membro(Externo **ao Programa**) | Prof. CPF: E-mail: Telefone: Data de nascimento: Instituição de Origem: Titulação: Ano da maior titulação: Área do conhecimento: Instituição da titulação:  |
| Membro Suplente(Externo **ao Programa**) | Prof. Dr. CPF: E-mail: Telefone: Data de nascimento: Instituição de Origem: Titulação: Ano da maior titulação: Área do conhecimento: Instituição da titulação:  |
| Membro Suplente(Interno **do Programa**) | Profa. CPF: E-mail: Telefone:  |

|  |
| --- |
| Manaus, xx/xx/xx.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura do Orientador Assinatura do aluno |

|  |
| --- |
| **Manifestação da Coordenação do PPGSC-UEA:**( ) Aprovado ( ) Não aprovado em Reunião de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura do(a) Coordenador(a) do Programa de Pós-Graduação |