**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 |  |
| Nº matrícula |  |
| Ano de Ingresso |  |
| Telefone |  |
| e-mail |  |

|  |
| --- |
| Nome do Orientador: Nome do Coorientador (Se houver): |
| Título do Projeto: |
| Data de Realização do Exame de Qualificação: Hora: |
| Local: |
| **BANCA EXAMINADORA** |
| **MEMBROS** | **NOME** |
| **Presidente**(Orientador) | Prof(a). Dr(a). CPF:E-mail:Telefone: |
| Membro titular(Interno **do Programa**) | Prof(a). Dr(a). CPF:E-mail: Telefone: |
| Membro titular(Interno **do Programa**) | Prof(a). Dr(a). CPF:E-mail: Telefone: |
| Membro titular(Externo **ao Programa**) | Prof(a). Dr(a). CPF:E-mail:Telefone:Data de nascimento:Instituição de Origem:Titulação: DOUTORADOAno da maior titulação:Área do conhecimento: Instituição da titulação: |
| Membro titular(Externo **ao Programa**) | Prof(a). Dr(a). CPF:E-mail:Telefone:Data de nascimento:Instituição de Origem:Titulação: DOUTORADOAno da maior titulação:Área do conhecimento: Instituição da titulação: |
| Membro suplente(Interno **do Programa**) | Prof(a). Dr(a). CPF:E-mail: Telefone: |
| Membro suplente(Externo **do Programa**) | Prof(a). Dr(a). CPF:E-mail:Telefone:Data de nascimento:Instituição de Origem:Titulação: DOUTORADOAno da maior titulação:Área do conhecimento: Instituição da titulação: |
| Manaus,\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ 20\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura do Orientador Assinatura do aluno |

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