**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: DOUTORADO  Ano 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: DOUTORADO  Ano 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: DOUTORADO  Ano 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 |