Solicitação de Exame de Qualificação

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Mestrando(a)**: | | | | | | |
| **Orientador(a)**: | | | | | | |
| **Coorientador(a):**  **( ) Participação como membro da banca** | | | | | | |
| **Título da Dissertação:** | | | | | | |
| **Data da Qualificação**: | | | **Horário**: | | | |
| **Link da videoconferência ou local (caso seja presencial):** | | | | | | |
| **TITULAR 01** | | | | | | |
| **Orientador(a):** | | | | | | |
| **TITULAR 02**  (preencher todas as lacunas apenas se membro for externo ao PPGECM)  **( ) PRESENCIAL ( ) VIDEOCONFERÊNCIA** | | | | | | |
| **Nome:** | | | | | | |
| **Titulação:** | **Ano da titulação:** | | | | **Instituição da Titulação:** | |
| **RG:** | | | | | **CPF:** | |
| **Instituição:** | | | | | **Data de nascimento:** | |
| **Endereço para correspondência:** | | | | | | |
| **Cidade:** | | **Estado:** | | **CEP:** | | **Tel:** |
| **E-mail:** | | | | | | |
| **TITULAR 03**  (preencher todas as lacunas apenas se membro for externo ao PPGECM)  **( ) PRESENCIAL ( ) VIDEOCONFERÊNCIA** | | | | | | |
| **Nome:** | | | | | | |
| **Titulação:** | **Ano da titulação:** | | | | **Instituição da Titulação:** | |
| **RG:** | | | | **CPF:** | | |
| **Instituição:** | | | | **Data de nascimento:** | | |
| **Endereço para correspondência:** | | | | | | |
| **Cidade:** | | **Estado:** | | **CEP:** | | **Tel:** |
| **E-mail:** | | | | | | |
| **Suplente 01**  (docente interno ao Programa) | | | | | | |
| Nome: | | | | | | |
| **Suplente 02**  (docente externo ao Programa) | | | | | | |
| Nome: | | | | | | |

Ilhéus/BA, \_\_/\_\_ /\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Discente**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Orientador(a)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Aprovado “Ad Referendum” do Colegiado do Curso em \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Coordenador(a) |  | Aprovado pelo Colegiado do Curso em Reunião realizada em \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Coordenador(a) |