|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Ministério da SaúdeFundação Oswaldo Cruz/FIOCRUZInstituto René Rachou – IRR/FIOCRUZ MINASPrograma de Pós-Graduação em Saúde Coletiva | **SECRETARIA DE ENSINO** |
| **REQUERIMENTO EXAME DE QUALIFICAÇÃO****(Observar Parágrafo 1º - Art. 41 do Regulamento do Programa)****Mestrado** |
| **IDENTIFICAÇÃO** |
| Aluno(a):  | Ingresso (mês/ano): |
| Orientador(a): |
| Coorientador(a) |
| Área de concentração: |
| Linha de Pesquisa: |
| Título do Projeto: |
| Exame: Dia / / (20dias da data do depósito do Projeto de Mestrado)Horário:Formato: ( ) Remoto ( ) Presencial ( ) Híbrido Local (a ser preenchido pela Secretaria de Ensino): |
| **INDICAÇÃO PARA COMPOSIÇÃO DA BANCA EXAMINADORA**  |
| **Membros**  |
| **Nome** | **Instituição** | **Telefone/****E-mail** | **Justificativa** |
| 1º) Prof(a). Dr(a) Orientador(a)): |  |  |  |
| 2º) Prof(a). Dr(a) (Coorientador(a) |  |  |  |
| 3º) Prof(a). Dr(a): |  |  |  |
|  **Anexar:** * Endereço do Currículo Lattes do examinador (caso externo)
* Cópia do trabalho em PDF

  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: / /  Assinatura do orientador(a) Assinatura do aluno (a)  |
| **PARECER DO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO** |
|    |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ /\_\_\_\_ / \_\_\_\_ Assinatura da Secretaria de Ensino  |