**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE EXAME DE QUALIFICAÇÃO**

Ao Colegiado do PPG em Biociências e Saúde

Faculdade de Ciências da Saúde - UFR

Prezado Colegiado,

Encaminho, para as providências cabíveis, a indicação dos membros para a composição da Comissão Examinadora de Exame Geral de Qualificação do(a) aluno(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, regularmente matriculado(a) no curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde, curso de Mestrado desta Faculdade, cujo trabalho é intitulado “\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_”. O Exame Geral de Qualificação está previsto para ser realizado em \_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_, às \_\_\_\_\_horas.

**TITULARES:**

1) Prof(a). Dr(a).

Orientador(a)

\*2) Prof(a). Dr(a).

RG:

CPF:

Instituição:

Email:

\*3) Prof(a). Dr(a).

RG:

CPF:

Instituição:

Email:

**SUPLENTE:**

\*1) Prof(a). Dr(a).

RG:

CPF:

Instituição:

Email:

Rondonópolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_.

\*O preenchimento de Instituição, CPF, RG, email e telefone é OBRIGATÓRIO para docente externo ao Programa.