|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ANEXO – A**  **FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE QUALIFICAÇÃO**  **PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA (PPGSF)**  **INDICAÇÃO DE BANCA EXAMINADORA PARA QUALIFICAÇÃO DE PROJETO DE TRABALHO DE CONCLUSÃO**  **DADOS PESSOAIS**   |  |  | | --- | --- | | **Nome do Aluno** |  | | Telefone: Residencial ( )/Comercial ( ) Celular ( ) | | | Matrícula: CPF: | | | E-mail: | | | Modalidade: ( )TCM ( )TCD | |   **DADOS DO PROJETO**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Título: | | | | Linha de pesquisa: | | | | Orientador: | | | | Local: | Data: | Horário: |   **DADOS DOS MEMBROS DA BANCA EXAMINADORA**   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Componentes da banca | Nome | Titulação | Instituição a qual está vinculado | CPF | Data de nascimento | | Orientador |  |  |  |  |  | | Membro 1 |  |  |  |  |  | | Membro 2 |  |  |  |  |  | | Suplente 1 |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | | 1.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura do Aluno | 2.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do Orientador |   **Observações:**   1. A Banca Examinadora de qualificação (mestrado ou doutorado) deverá ser constituída por docentes com título de doutor. Será presidida pelo orientador. Para o mestrado, compõe a banca – orientador (presidente), membro 1, membro 2 (obrigatoriamente externo à nucleadora) e um membro suplente. Para doutorado, compõe a banca – orientador, membro 1, membro 2, membro 3, membro 4 (obrigatoriamente externo à nucleadora) e dois membros suplentes (um deles, obrigatoriamente externo à nucleadora). 2. O Docente Externo à Instituição deverá preencher ficha complementar (se o banco de dados do Programa ainda não possuir estas informações). Consultar, antecipadamente, o secretário da nucleadora local. 3. Este formulário, preenchido e assinado, deverá ser entregue na secretaria do Programa **até 20 (vinte) dias antes da data da qualificação**.   **ANEXO – A**  **FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE QUALIFICAÇÃO**  **PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA (PPGSF)**  **FICHA COMPLEMENTAR PARA MEMBRO EXTERNO À NUCLEADORA**  **DADOS PESSOAIS**   |  |  | | --- | --- | | **Nome do Aluno** |  | | Telefone: Residencial /Comercial ( ) Celular ( ) | | | Matrícula: CPF: | | | E-mail: | | | Modalidade: ( )TCM ( )TCD | |   **DADOS DO PROJETO**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Título: | | | | Linha de pesquisa: | | | | Orientador: | | | | Local: | Data: | Horário: |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Nome |  | | | | | | Instituição da titulação | | |  | | Ano da Titulação | | Endereço |  | | | | | | Currículo Lattes | |  | | | | | RG | | | | CPF | | |