

**ANEXO – A**

**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE QUALIFICAÇÃO**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA (PPGSF)**

**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 | CPF | Instituição a qual obteve título de doutorado | Ano de titulação de doutorado | Data de nascimento | E-mail |
| 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) deve ser composta por Doutores. Será presidida pelo orientador. Para o mestrado, compõe a banca: orientador (presidente), membro 1, membro 2 (obrigatoriamente, pelo menos, um externo à nucleadora) e um membro suplente. Para doutorado, compõe a banca: orientador, membro 1, membro 2 e membro 3 (obrigatoriamente, pelo menos, um externo à nucleadora) e dois membros suplentes (um deles, obrigatoriamente externo à nucleadora).
2. Este formulário, preenchido e assinado, deverá ser entregue na secretaria do Programa **até 20 (vinte) dias antes da data da qualificação**.

