



SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO,
CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA
Programa de Mestrado Profissional “Ensino em Saúde”

REQUERIMENTO EXAME GERAL DE QUALIFICAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL

* Preencher em letra de forma legível

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Nome do aluno: _____ RA: _____

Telefone fixo: () _____ Celular: () _____

E-mail: _____

INFORMAÇÕES PROFISSIONAIS

Empresa e/ou Instituição: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

Telefone: () _____ Fax: () _____

DADOS PARA AGENDAMENTO

Data da Qualificação: / / Horário: _____

Título: _____

RESERVA DE MATERIAL

- () Projetor Multimídia () Retroprojektor
() Laptop () Projetor de Slides
() TV () Outros: _____

RESERVADO À SECRETARIA DE PÓS-GRADUAÇÃO

Disciplinas (50 créditos)	Obrigatórias (32 créditos)	() cumpridos () não cumpridos
	Optativas (mínimo de 18 créditos)	() cumpridos () não cumpridos

Total de créditos cumpridos (mínimo 50 créditos): _____

* Considerar créditos de disciplinas optativas excedentes

Marília, ____ de _____ de 20__.

Assinatura do(a) Orientador(a)

Assinatura do(a) Pós-Graduando(a)

Visto da Secretaria:



SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO,
CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA
Programa de Mestrado Profissional “Ensino em Saúde”

PROPOSTA DE NOMES PARA COMPOR A BANCA EXAMINADORA

*SUGESTÃO DE NOMES PARA COMPOR A BANCA EXAMINADORA (TÍTULO MÍNIMO DOUTOR)

1º TITULAR (ORIENTADOR)

Nome:

CPF:

Instituição:

Endereço:

Cidade:

UF:

CEP:

Telefone: ()

Fax: ()

2º TITULAR (PROGRAMA)

Nome:

CPF:

Instituição:

Endereço:

Cidade:

UF:

CEP:

Telefone: ()

Fax: ()

3º TITULAR (EXTERNO AO PROGRAMA)

Nome:

CPF:

Instituição:

Endereço:

Cidade:

UF:

CEP:

Telefone: ()

Fax: ()



SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO,
CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA
Programa de Mestrado Profissional “Ensino em Saúde”

1º SUPLENTE (PROGRAMA OU EXTERNO AO PROGRAMA)

Nome:

CPF:

Instituição:

Endereço:

Cidade:

UF:

CEP:

Telefone: ()

Fax: ()

2º SUPLENTE (EXTERNO AO PROGRAMA)

Nome:

CPF:

Instituição:

Endereço:

Cidade:

UF:

CEP:

Telefone: ()

Fax: ()

Marília, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do(a) Orientador(a)

Assinatura do(a) Pós-Graduando(a)

Visto da Secretaria: