**Formulário para Exame de Qualificação**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  O Doutorando, **(nome completo),** autor do **projeto intitulado \_\_\_\_\_\_\_,** e candidato(a) ao Título de Doutor(a), vem submeter à Coordenação do Programa o pedido para composição da Banca Examinadora de Qualificação de Tese, conforme detalhes e informações abaixo.

|  |
| --- |
| O **Exame de Qualificação** **de Tese** será realizado:  |
| Data:  |  |
| Horário:  |  |
| Local:\*  |  |
| Link:\*\* |  |

*\*O local deve ser previamente agendado pelo orientador junto à secretária da Direção Geral (Auditório Padre Agostinho Zago) ou no CGAE (outras salas).*\*\* *Se for online é obrigatório o envio do link de acesso.* **( ) Anexo o comprovante de Proficiência da 1ª língua estrangeira aceita no Mestrado (independente da época) ou o Certificado de proficiência (até 2 anos de ingresso anterior ao Doutorado)** **( ) Anexo também o certificado de Proficiência em 2ª língua estrangeira em pdf a este pedido (realizado até dois anos anteriores à entrada no Doutorado).** **Dados da Banca Examinadora**

|  |
| --- |
| **1 - MEMBRO TITULAR – Orientador(a)** |
| Prof(a). Dr(a).: |  |
| Instituição: |  |
| Telefones (fixo e celular): |  |
| Endereço/n./bairro: |  |

|  |
| --- |
| **2 - MEMBRO TITULAR 1 (Obrigatório – interno ao PPGET)** |
| Prof(a). Dr(a).: |  |
| Instituição: |  |
| Telefones (fixo e celular): |  |
| Endereço/n./bairro: |  |

|  |
| --- |
| **3 - MEMBRO TITULAR 2 (Obrigatório)** |
| Prof(a). Dr(a).: |  |
| Instituição: |  |
| Telefones (fixo e celular): |  |
| E-mail: |  |
| \*Endereço/n./bairro: |  |
| \*CEP/Cidade/UF: |  |
| \*CPF: |  |
| **Dados para Transporte (caso necessário)** |
| Local e horário de embarque: |  |
| Horário de retorno: |  |

|  |
| --- |
| **4 - MEMBRO TITULAR 3 (Opcional)** |
| Prof(a). Dr(a).: |  |
| Instituição: |  |
| Telefones (fixo e celular): |  |
| E-mail: |  |
| \*Endereço/n./bairro: |  |
| \*CEP/Cidade/UF: |  |
| \*CPF: |  |
| **Dados para Transporte (caso necessário)** |
| Local e horário de embarque: |  |
| Horário de retorno: |  |

|  |
| --- |
| **5 – SUPLENTE (Obrigatório)** |
| Prof(a). Dr(a).: |  |
| Instituição: |  |
| Telefones (fixo e celular): |  |
| E-mail: |  |
| CPF: |  |
| Endereço/n./bairro: |  |
| CEP/Cidade/UF: |  |
| **Dados para Transporte (caso necessário)** |
| Local e horário de embarque: |  |
| Horário de retorno: |  |

Uberaba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 20\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome do DoutorandoEste formulário deve ser enviado à coordenação do PPGET com **antecedência mínima de 15 dias. É obrigatório colocar o orientador da pesquisa em cópia. E-mail:** **ppget@iftm.edu.br** |