**Formulário para Exame de Qualificação**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | O Pós-graduando, **(nome completo),** autor do **projeto intitulado \_\_\_\_\_\_\_,** e candidato(a) ao Título de Mestre, vem submeter à Coordenação do Programa o pedido para composição da Banca Examinadora, conforme detalhes e informações abaixo.   |  |  | | --- | --- | | O **Exame de Qualificação** 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.*  **( ) Estou anexando o certificado de proficiência em pdf a este pedido.**  **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 Mestrando  Este 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**](mailto:ppget@iftm.edu.br) |