**Formulário para Exame de Qualificação**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  Dados dos Membros da Banca ExaminadoraO(A) Professor(a) Dr(a) xxxxxxxxxxxxxx Membro Titular e orientador(a) do Projeto/Artigo intitulado **xxxxxxxxxxxxxx,** submetido ao Exame de Qualificação, do(a) mestrando(a) **xxxxxxxxxxxxxx**, candidato(a) ao Título de Mestre sob a Linha de Pesquisa: xxxxxxxxxxxxxx vem submeter a Secretaria do Programa os membros da Banca Examinadora a ser constituída por:

|  |
| --- |
| **1 - MEMBRO TITULAR – Orientador(a)** |
| Prof(a). Dr(a).: | xxxxxxxxxx |
| Instituição: | xxxxxxxxxx |
| Telefones (fixo e celular): | (DDD) xxxx-xxxx - (DDD) xxxx-xxxx |
| Endereço/n./bairro: | Rua xxxxxxxxxx, xxx – Bairro xxxxxxxxxxxxx |
| CEP/Cidade/UF: | xxxxx-xxx – xxxxxxxxxx/MG |
| E-mail: | xxxxxxxxx |
| CPF: | xxxxxxxxx |
| **Dados para Transporte (caso necessário)** |
| Local e horário de embarque: | Local , xxh00min |
| Horário de retorno: | xxh00min |

|  |
| --- |
| **2 - MEMBRO TITULAR** |
| Prof(a). Dr(a).: | xxxxxxxxxx |
| Instituição: | xxxxxxxxxx |
| Telefones (fixo e celular): | (DDD) xxxx-xxxx - (DDD) xxxx-xxxx |
| Endereço/n./bairro: | Rua xxxxxxxxxx, xxx – Bairro xxxxxxxxxxxxx |
| CEP/Cidade/UF: | xxxxx-xxx – xxxxxxxxxx/MG |
| E-mail: | xxxxxxxxx |
| CPF: | xxxxxxxxx |
| **Dados para Transporte (caso necessário)** |
| Local e horário de embarque: | Local , xxh00min |
| Horário de retorno: | xxh00min |

|  |
| --- |
| **3 - MEMBRO TITULAR** |
| Prof(a). Dr(a).: | Xxxxxxxxxx |
| Instituição: | Xxxxxxxxxx |
| Telefones (fixo e celular): | (DDD) xxxx-xxxx - (DDD) xxxx-xxxx |
| E-mail: | Xxxxxxxxx |
| \*Endereço/n./bairro: | Rua xxxxxxxxxx, xxx – Bairro xxxxxxxxxxxxx |
| \*CEP/Cidade/UF: | xxxxx-xxx – xxxxxxxxxx/MG |
| \*CPF: | Xxxxxxxxx |
| **Dados para Transporte (caso necessário)** |
| Local e horário de embarque: | Local , xxh00min |
| Horário de retorno: | xxh00min |

|  |
| --- |
| **4 – SUPLENTE** |
| Prof(a). Dr(a).: | Xxxxxxxxxx |
| Instituição: | Xxxxxxxxxx |
| Telefones (fixo e celular): | (DDD) xxxx-xxxx - (DDD) xxxx-xxxx |
| E-mail: | Xxxxxxxxx |
| \*CPF: | Xxxxxxxxx |
| \*Endereço/n./bairro: | Rua xxxxxxxxxx, xxx – Bairro xxxxxxxxxxxxx |
| \*CEP/Cidade/UF: | xxxxx-xxx – xxxxxxxxxx/MG |
| **Dados para Transporte (caso necessário)** |
| Local e horário de embarque: | Local , xxh00min |
| Horário de retorno: | xxh00min |

\*Preencher apenas se for membro externo.

|  |
| --- |
| O Exame de Qualificação será defendido: |
| Data:  | xx/xx/xxxx |
| Horário:  | xx horas |
| Local:  | xxxxxxxxxx do IFTM - Campus Uberaba. |

*O local deve ser previamente agendado pelo orientador junto à secretária da Direção Geral (Auditório Padre Agostinho Zago) ou no CGAE (outras salas).*Uberaba, xx de xxxxx de 201\_.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  Prof. Dr. xxxxxxxxxxxxxx**Orientador(a)** |  |  nome do mestrando**Mestrando(a)** |
|  |  |  |

Aprovado pelo Colegiado do curso em: / / .Este formulário deve ser entregue na Secretária de Pós Graduação com antecedência mínima de 15 dias, contados após aprovação do colegiado (por e-mail ou na sala 20). |