|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ministério da Saúde  Fundação Oswaldo Cruz/FIOCRUZ  Instituto René Rachou – IRR/FIOCRUZ MINAS  Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva | | | **SECRETARIA DE ENSINO** | | | **Nº**  **PROTOCOLO** |
| **REQUERIMENTO EXAME DE QUALIFICAÇÃO**  **(Observar Parágrafo 2º - Art. 41 do Regulamento do Programa)**  **Doutorado** | | | | | | | |
| **IDENTIFICAÇÃO** | | | | | | | |
| Aluno(a): | | | | | Ingresso (mês/ano): | | |
| Orientador(a): | | | | | | | |
| Coorientador(a) | | | | | | | |
| Linha de Pesquisa: | | | | | | | |
| Título do Projeto: | | | | | | | |
| Data da Qualificação - Dia / / (20dias da data do depósito do Projeto)  Horário:  Modalidade ( ) Remota ( ) Presencial ( ) Híbrida  Local (a ser preenchido pela Secretaria de Ensino): | | | | | | | |
| **INDICAÇÃO PARA COMPOSIÇÃO DA BANCA EXAMINADORA** | | | | | | | |
| **Nome** | | **Instituição** | **Telefone/**  **E-mail/ endereço lattes** | | | **Justificativa** | |
| 1º) Prof(a). Dr(a) (Orientador(a)): | |  |  | | | Não se aplica | |
| 2º) Prof(a). Dr(a) (Coorientador(a)): | |  |  | | | Não se aplica | |
| 3º) Prof(a). Dr(a): | |  |  | | |  | |
| 4º) Prof(a). Dr(a): | |  |  | | |  | |
| **Anexar:**  Cópia do trabalho em PDF  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: / /  Assinatura do orientador(a) Assinatura do aluno(a) | | | | | | | |
| **PARECER DO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ /\_\_\_\_ / \_\_\_\_  Assinatura da Secretaria de Ensino | | | | | | | |