**REQUERIMENTO PARA AGENDAMENTO DO EXAME DE QUALIFICAÇÃO**

*(Deverá ser digitado)*

|  |
| --- |
| **NOME COMPLETO DO DISCENTE:**  **NÚMERO DE MATRÍCULA:** |
| Título do projeto:  Data da qualificação: **\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_**  Horário:  Local *(a ser preenchido pela Secretaria do PPGNS)*::   |  | | --- | | **COMPOSIÇÃO DA BANCA** |   **Presidente da banca (orientador)**   |  | | --- | | Nome Completo: | | Instituição: |   **Membro**   |  |  | | --- | --- | | Nome Completo | | | Instituição: | Tel: | | Email: | CPF: |   **Membro externo**   |  |  | | --- | --- | | Nome Completo: | | | Instituição: | Tel: | | Email: | CPF: |   **Suplente**   |  |  | | --- | --- | | Nome Completo: | | | Instituição: | Tel: | | Email: | CPF: | |
| Lavras: \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura do Discente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura do Orientador |
| **PARECER** |
| **COLEGIADO DO CURSO** [ ] DEFERIDO  [ ] INDEFERIDO  Se indeferido, motivo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura do Coordenador |

**Prazo para requerer o exame e entrega do projeto de qualificação:** antecedência mínima de 15 dias