**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS**

**FORMULÁRIO PARA BANCA DE QUALIFICAÇÃO[[1]](#footnote-1)**

|  |  |
| --- | --- |
| Mestrando(a): Nome Completo | |
| Título do Projeto de Qualificação: **Clique ou toque aqui para inserir o texto.** | |
| Data da banca: Selecione a data | Horário: Digite o horário da Banca. |
| Banca Aberta ao Público? | Sim Não |
| Forma de participação do membro externo: | Presencial Videoconferência |
| *Link* da videoconferência (Meet): Clique ou toque aqui para inserir o texto. | |
| Forma de participação dos demais membros: | Presencial Videoconferência |
| Reservar sala? | Sim Não |

**COMPOSIÇÃO DA BANCA**

|  |
| --- |
| Orientador(a): Nome Completo. |
| Coorientador(a): Nome Completo. |
| 3º membro (docente do PPGCM): Nome Completo. |
| 4º membro (docente Externo): Nome Completo. |

**INFORMAÇÕES SOBRE O MEMBRO EXTERNO**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome: Nome Completo | CPF: Número do CPF |
| E-mail: E-mail completo. | Instituição (vinculo): Sigla ou Nome Completo. |

**DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DOS(AS) ORIENTADORES(AS)**

Declaro que Projeto de Dissertação do(a) mestrando(a) Nome Completo do Orientando/Mestrando está em condições de ser defendido e avaliado pela banca examinadora.

Data: Data de envio do formulário.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura orientador | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura coorientador | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura mestrando |

1. O formulário não deve ser manuscrito, exceto nos campos em que se solicita a assinatura. **Documentos incorretos ou com informações incompletas não serão aceitos.** Após o preenchimento, o formulário deve ser enviado para o e-mail [ppgcm@univates.br](mailto:ppgcm@univates.br) com 30 dias de antecedência da data da Banca de Defesa. [↑](#footnote-ref-1)