**ANEXO A**

**INDICAÇÃO DE BANCA EXAMINADORA PARA**

**QUALIFICAÇÃO DE PROJETO DE CONCLUSÃO DO CURSO DE MESTRADO**

**DADOS PESSOAIS**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome do Aluno |  |
| Telefone: Residencial /Comercial ( ) Celular ( ) |
| Matrícula CPF |
| E-mail: |

**DADOS DO PROJETO**

|  |
| --- |
| Título: |
| Linha de pesquisa: |
| Orientador:  |
| Local:  | Data: | Horário: |

**DADOS DOS MEMBROS DA BANCA EXAMINADORA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Status | Nome  | Titulação | Instituição a qual está vinculado | CPF | Data de nascimento |
| Orientador |  |  |  |  |  |
| Membro |  |  |  |  |  |
| Membro |  |  |  |  |  |
| Suplente |  |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Aluno

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Orientador

**Observações:**

1. A Banca Examinadora de qualificação de mestrado deverá ser constituída por docentes com título de doutor, sendo três membros titulares e um membro suplente. Será presidida pelo orientador e um dos membros titulares poderá ser externo à Instituição Associada.
2. O Docente Externo à Instituição deverá preencher ficha complementar.
3. Este formulário, preenchido e assinado, deverá ser entregue na secretaria do Mestrado Profissional em Saúde da Família com antecedência de 20 (vinte) dias da data qualificação.

****

**FICHA COMPLEMENTAR PARA MEMBRO EXTERNO AO PROGRAMA**

**DADOS PESSOAIS**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome do Aluno |  |
| Telefone: Residencial /Comercial ( ) Celular ( ) |
| Matrícula CPF |
| E-mail: |

**DADOS DO PROJETO**

|  |
| --- |
| Título: |
| Linha de pesquisa: |
| Orientador:  |
| Local:  | Data: | Horário: |

|  |  |
| --- | --- |
| Nome |  |
| Instituição da titulação |  | Ano da Titulação |
| Endereço  |  |
| Currículo Lattes |  |
| RG | CPF |