FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA

NÚCLEO DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

REQUERIMENTO: BANCA DE QUALIFICAÇÃO

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Mestrando/a: | | |
| Orientador/a: | | |
| Título do trabalho: | | |
| Data e horário da defesa: | | |
| Local: | | |
| BANCA (titulares) | | |
| Nomes | IES (local de trabalho) | Programa |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| BANCA (suplentes) | | |
| Nomes | IES (local de trabalho) | Programa |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Solicito ao Colegiado do Mestrado profissional em Ciências da Saúde a aprovação da banca de Defesa, conforme dados acima, e nos termos do regimento Interno deste Programa.

Porto Velho, de de .

Ciente e de acordo:

Mestrando/a

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

Orientador/a

Parecer do Colegiado:

( ) Deferido ( ) Indeferido Reunião nº: Data: / /

Alterações/observações:

Coordenação