**REQUERIMENTO PARA APROVAÇÃO DE BANCA EXAMINADORA**

**DA DEFESA DO TRABALHO FINAL DO MESTRADO PROFISSIONAL**

Eu, Prof(ª). Dr(ª). .......................................................................................................................................................................................................................... ,

orientador(a) do(a) aluno(a) ................................................................................................................................................................................................,

autor(a) do trabalho intitulado ...........................................................................................................................................................................................

......................................................................................................................................................................................................................................................................

................................................................................................................................................................................................................ solicito deferimento para que a banca da comissão examinadora do **TRABALHO FINAL NO MESTRADO PROFISSIONAL** do(a) aluno(a), a ocorrer no dia ............/ ............/ ................... às ................. horas, seja composta pelos seguintes membros:

**Membros Ativos: Instituição de Ensino:**

1 - ............................................................................................................................................................................................ .....................................................

2 - ............................................................................................................................................................................................ .....................................................

3 - ............................................................................................................................................................................................ .....................................................

4 - ............................................................................................................................................................................................ .....................................................

**Membro Suplente:**

................................................................................................................................................................................................... .....................................................

Pouso Alegre, ................/ ................/ ..........................

......................................................................................................................

Orientador(a)

|  |
| --- |
| PARECER |
| COLEGIADO DO CURSO |
| O Colegiado do Mestrado Profissional em Ciências Aplicadas à Saúde  [ ] Defere  [ ] Indefere,  pelo(s) motivo(s) .........................................................................................................................................................................................  .........................................................................................................................................................................., a solicitação acima.  Pouso Alegre, ................/ ................/ ..........................  ..................................................................................................................  Presidente do Colegiado |