**REQUERIMENTO PARA APROVAÇÃO DE BANCA**

**EXAMINADORA DE QUALIFICAÇÃO**

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

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

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

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

................................................................................................................................................................................................................ solicito o deferimento do Colegiado do Curso de Mestrado Profissional em Ciências Aplicadas à Saúde para que a banca da comissão examinadora da **QUALIFICAÇÃO** do(a) aluno(a), a ocorrer no dia ............/ ............/ ..................... às ................. horas, seja composta por:

**Membros Ativos: Instituição de Ensino:**

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

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

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

**Membro Suplente:**

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

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

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

Orientador(a)

|  |
| --- |
| PARECER DO 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 |