**CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU***

**ROTEIRO PARA AGENDAR EXAME DE QUALIFICAÇÃO**

1. Apresentar, na Secretaria de Pós-Graduação, o Formulário de Indicação da Banca Examinadora, preenchido e assinado pelo Aluno e pelo Orientador. *(Formulário abaixo)* com, pelo menos, 30 (trinta) dias de antecedência à data da defesa.
2. Entregar, na Secretaria de Pós-Graduação, os exemplares físicos (em espiral), conforme apontados no Formulário de Indicação da Banca Examinadora *(Formulário abaixo)*.
3. A Comissão Examinadora será composta por 4 Docentes, sendo 3 Membros Titulares e 1 Suplente, os quais deverão possuir o grau de Doutor. Pelo menos um dos membros titulares deverá pertencer aos quadros da FCMSCSP/ ISCMSP. O Orientador e o Co-orientador do candidato não poderão fazer parte da Comissão Examinadora.
4. O Exame de Qualificação será realizado a distância, por meio de tecnologia institucional disponibilizada para este fim. Eventualmente, estes exames poderão ser realizados de forma presencial, de acordo com as normas e orientações sanitárias vigentes.
5. O Exame de Qualificação não será feito em sessão pública, sendo permitida apenas a participação dos membros da banca, juntamente ao orientador e co-orientador *(se houver)*. O aluno terá 30 minutos para exposição do trabalho, cada membro da Comissão Examinadora terá 15 minutos para arguição e o candidato igual tempo para resposta.

São Paulo, **xx** de **MÊS** de **xxxx**.

**Ao Conselho do Curso de Pós-Graduação em** .

**Prezados Senhores:**

Encaminhamos o trabalho intitulado “***TÍTULO***” do aluno(a) **NOME**, sob orientação do(a) Prof(a) Dr(a) **ORIENTADOR(A)**, para realização do **Exame Geral de Qualificação**, nível , no dia **xx/****xx/****xxxx**, às **xx**:**xx** horas. Sugerimos para compor a Comissão Examinadora os Professores:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome** | **Titulação Acadêmica** | **Vinculo Institucional** | **Exemplar\***  **(*em espiral*)** |
| 1º Titular  *Nome* | *pela*  *Instituição de Ensino* |  |  |
| 2º Titular  *Nome* | *pela*  *Instituição de Ensino* | *Externo - Sigla IES* |  |
| 3º Titular  *Nome* | *pela*  *Instituição de Ensino* | *Externo - Sigla IES* |  |
| 1º Suplente  *Nome* | *pela*  *Instituição de Ensino* | *Externo - Sigla IES* |  |

***Membros Titulares***

Nome: **DOCENTE**

Telefones: *Res:*(**xx**) **xxxx**-**xxxx** *Cel:* (**xx**) **xxxxx**-**xxxx** *Outro:* (**xx**) **xxxxx**-**xxxx**

E-mail: **E-mail**

Nome: **DOCENTE**

Telefones: *Res:*(**xx**) **xxxx**-**xxxx** *Cel:* (**xx**) **xxxxx**-**xxxx** *Outro:* (**xx**) **xxxxx**-**xxxx**

E-mail: **E-mail**

Nome: **DOCENTE**

Telefones: *Res:*(**xx**) **xxxx**-**xxxx** *Cel:* (**xx**) **xxxxx**-**xxxx** *Outro:* (**xx**) **xxxxx**-**xxxx**

E-mail: **E-mail**

***Membro Suplente***

Nome: **DOCENTE**

Telefones: *Res:*(**xx**) **xxxx**-**xxxx** *Cel:* (**xx**) **xxxxx**-**xxxx** *Outro:* (**xx**) **xxxxx**-**xxxx**

E-mail: **E-mail**

Atenciosamente,

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Assinatura do Aluno* | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Ciência do Orientador* |

**SECRETARIA DE PÓS-GRADUAÇÃO**

Recebido em: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Por:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PARECER DA SECRETARIA DE PÓS-GRADUAÇÃO**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**PARECER DO CONSELHO DE PROGRAMA:**

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

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

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

Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_