Eu,       orientador(a) do(a) mestrando(a)      , regulamente matriculado no Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas em Saúde, Linha de Pesquisa      , venho requerer, junto à Coordenação do Programa, o exame de qualificação do projeto de pesquisa, intitulado:      , conforme Art. 35 do Regulamento do Mestrado Profissional em Políticas Públicas em Saúde da Escola de Governo Fiocruz.

Nestes termos,

Peço deferimento.

**Dados do Exame:**

Data       Horário da Realização:

**Modalidade:**

 ( ) Presencial ( ) Plataforma TEAMS

**Assinatura na ata por todos os membros presentes na banca, será pelo:**

( ) GOV.BR ( ) SISTEMA SEI DA FIOCRUZ

**COMPOSIÇÃO DA BANCA EXAMINADORA**

Orientador(a): Dr.(a)

Instituição: Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Brasília

Coorientador(a): Dr.(a)

Instituição:

E-mail:

CPF:

Membro **Interno** (credenciado no programa): Dr.(a)

Instituição: Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Brasília

Membro Externo: Dr.(a)

Instituição:

E-mail:

CPF:

Suplente: Dr.(a)

Instituição:

E-mail:

CPF:

Data:      /     /     .

Assinatura

Professor(a) Orientador(a)

**Anexo:** **Cadastro Membro Externo e o Projeto de Qualificação**