**REQUERIMENTO PARA EXAME DE QUALIFICAÇÃO**

Senhor(a) Coordenador(a) do Programa de Pós-Graduação, Mestrado em Letras, da Faculdade de Comunicação, Artes e Letras, da Universidade Federal da Grande Dourados

**NOME COMPLETO**

|  |  |
| --- | --- |
| Nacionalidade:  | Est. Civil:  |
| RG:  | CPF:  |
| End.:  | CEP:  |
| Bairro:  | Cidade:  |
| Telefone residencial: ( )  | Cel.: ( )  |

Aluno(a) regularmente matriculado(a), tendo concluído todos os créditos do Programa de Pós-Graduação, Mestrado em Letras, vem requerer o agendamento para o EXAME DE QUALIFICAÇÃO, em cumprimento aos requisitos para a obtenção do título de Mestre. Para tanto faz anexar a este requerimento:

1. ( ) \_\_\_\_ cópias impressas do texto da pré-dissertação ( informar o número de cópias);
2. ( ) 1 (uma) cópia digital em formato PDF do texto da pré-dissertação. (Obrigatório)

 Informo que as cópias digitais foram encaminhadas por mim para os membros da banca:

1. ( ) Todos os membros **b.** ( ) A banca não aceita versão digital.

**c.** ( ) Apenas para o(s) membro(s): ( ) Presidente/a; ( )1º ; ( ) 2º; ( )3°; ( ) 4º

 Dourados - MS, \_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_de 201\_\_\_\_.

 Nestes Termos

 Pede Deferimento

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

(Assinatura do aluno)

Recebido em: \_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_

Assinatura e Carimbo do Servidor

De acordo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Assinatura do Orientador)

Orientador:

Agendado para: **\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_, às \_\_h.**

**Título da Pré-Dissertação**:

Banca: Prof. Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Presidente/ Orientador/a)

1º membro: Prof. Dr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Membro Titular/Instituição)

2º membro: Prof. Dr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Membro Titular/Instituição)

3º membro: Prof. Dr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Membro Suplente/Instituição)

4º membro: Prof. Dr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Membro Suplente/Instituição) (Opcional)

**Informações Adicionais**

Nome do (a) Mestrando (a):

Data/hora agendada: / /201\_\_ às \_\_\_ horas;

**Composição da Banca:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nome** | **Participação** | **Endereço para acessar o CV:** |
| Prof. Dr. | Presidente/Orientador(a) |  |
| Prof. Dr. | Membro Titular/Instituição |  |
| Prof. Dr. | Membro Titular/Instituição |  |
| Prof. Dr. | Membro Titular/Instituição |  |
| Prof. Dr.  | Membro Titular/Instituição |  |

**Informações do (a) Convidado (a) Externo Titular (a) de outra Instituição** (informar dados bancários, somente quando envolver pagamento de diárias e de passagens):

|  |
| --- |
| Nome Completo:  |
| CPF: |   | RG: |   |
| Data de nascimento: / / |
| Endereço: Rua  |
| Telefones: (\_\_)  | Celular: (\_\_)  |
| *E-mail:*  |
| Matrícula SIAPE:  |
| Banco nº:  | Nome do banco:  |
| Agência:  | Nº da Conta Corrente:  |

**Informações do (a) Convidado (a) Externo Suplente de outra Instituição** (informar dados bancários, somente quando envolver pagamento de diárias e de passagens):

|  |
| --- |
| Nome Completo:  |
| CPF: |   | RG: |   |
| Data de nascimento: / / |
| Endereço: Rua  |
| Telefones: (\_\_)  | Celular: (\_\_)  |
| *E-mail:*  |
| Matrícula SIAPE:  |
| Banco nº:  | Nome do banco:  |
| Agência:  | Nº da Conta Corrente:  |

Dourados – MS, de de 201\_\_.

|  |
| --- |
| Recebido em: \_\_\_/\_\_\_/20\_\_Assinatura e carimbo |