FORMULÁRIO DE INDICAÇÃO – QUALIFICAÇÃO DE MESTRADO

|  |
| --- |
| Acadêmico(a):  |
| Título da Dissertação:  |
| Orientador(a):  |
| Coorientador(a):  |

 Conforme o Art. 55, *caput*, da Resolução nº 849/2024 (COPP/UFMS), a solicitação deverá ser realizada mediante envio de processo SEI ao perfil CPOS-BIV/INBIO, anexando a este: o presente formulário e o Relatório de Qualificação. No despacho, favor informar a data, horário, modalidade (presencial, remota ou híbrida) e se haverá necessidade de agendamento de espaço físico:

|  |
| --- |
| DADOS DO(A) MEMBRO(A) DA BANCA – TITULAR 1 |
| Nome Completo: | Data de Nascimento: |
| Instituição atual/Setor:  | Matrícula SIAPE: |
| RG: | CPF: |
| Logradouro: | Nº: |
| Bairro: | Complemento: |
| CEP: | Cidade/Estado: |
| E-mail: |
| Celular: | Ramal: |
| TITULAÇÃO DO(A) MEMBRO(A) |
| Nível: | Curso: |
| Instituição de ensino/Sigla: |
| Ano de início: | Ano de término: |

|  |
| --- |
| DADOS DO(A) MEMBRO(A) DA BANCA – TITULAR 2 |
| Nome Completo: | Data de Nascimento: |
| Instituição atual/Setor:  | Matrícula SIAPE: |
| RG: | CPF: |
| Logradouro: | Nº: |
| Bairro: | Complemento: |
| CEP: | Cidade/Estado: |
| E-mail: |
| Celular: | Ramal: |
| TITULAÇÃO DO(A) MEMBRO(A) |
| Nível: | Curso: |
| Instituição de ensino/Sigla: |
| Ano de início: | Ano de término: |

|  |
| --- |
| DADOS DO(A) MEMBRO(A) DA BANCA – TITULAR EXTERNO(A) AO PROGRAMA |
| Nome Completo: | Data de Nascimento: |
| Instituição atual/Setor:  | Matrícula SIAPE: |
| RG: | CPF: |
| Logradouro: | Nº: |
| Bairro: | Complemento: |
| CEP: | Cidade/Estado: |
| E-mail: |
| Celular: | Ramal: |
| TITULAÇÃO DO(A) MEMBRO(A) |
| Nível: | Curso: |
| Instituição de ensino/Sigla: |
| Ano de início: | Ano de término: |

|  |
| --- |
| DADOS DO(A) MEMBRO(A) DA BANCA – SUPLENTE 1 |
| Nome Completo: | Data de Nascimento: |
| Instituição atual/Setor:  | Matrícula SIAPE: |
| RG: | CPF: |
| Logradouro: | Nº: |
| Bairro: | Complemento: |
| CEP: | Cidade/Estado: |
| E-mail: |
| Celular: | Ramal: |
| TITULAÇÃO DO(A) MEMBRO(A) |
| Nível: | Curso: |
| Instituição de ensino/Sigla: |
| Ano de início: | Ano de término: |

|  |
| --- |
| DADOS DO(A) MEMBRO(A) DA BANCA – SUPLENTE EXTERNO(A) AO PROGRAMA |
| Nome Completo: | Data de Nascimento: |
| Instituição atual/Setor:  | Matrícula SIAPE: |
| RG: | CPF: |
| Logradouro: | Nº: |
| Bairro: | Complemento: |
| CEP: | Cidade/Estado: |
| E-mail: |
| Celular: | Ramal: |
| TITULAÇÃO DO(A) MEMBRO(A) |
| Nível: | Curso: |
| Instituição de ensino/Sigla: |
| Ano de início: | Ano de término: |