****

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO**

**INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA**

**Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**

**AGENDAMENTO DE QUALIFICAÇÃO DE MESTRADO**

|  |
| --- |
| **Nome completo:** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Data da qualificação:** | **Horário:** |  |  |
|  |  |
| **Modalidade:** [ ] Presencial  [ ] Híbrida **>> digite (ONLINE) após o nome do(a) avaliador(a) a participar remotamente** [ ] Remota **>> Link da sala virtual**:  |
| **Título do trabalho:** |  |
| **Nome completo do(a) orientador(a):** |

|  |
| --- |
| **Nome completo do(a) coorientador(a):** |

* ***BANCA EXAMINADORA – AVALIADOR(A) TITULAR 1:***

***[O titular 1 deve ser o orientador ou o coorientador, sendo que ambos não podem compor a banca simultaneamente]***

|  |
| --- |
| **Nome completo:** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **É professor?** | [ ] | Sim  | [ ] | Não | **E-mail:** |

|  |
| --- |
| **Instituição onde obteve o título de doutor?** |

|  |
| --- |
| **Caso seja servidor da UFRJ, qual a localização técnica no SEI/UFRJ?** |

|  |
| --- |
| **Caso não seja docente do PPGSC, em qual instituição trabalha?** |

* ***BANCA EXAMINADORA – AVALIADOR(A) TITULAR 2:***

***[O/A titular 2 deve ser docente do PPGSC/UFRJ]***

|  |
| --- |
| **Nome completo:** |

|  |
| --- |
| **E-mail:** |

|  |
| --- |
| **Instituição onde obteve o título de doutor?** |

* ***BANCA EXAMINADORA – AVALIADOR(A) TITULAR 3:***

***[O/A titular 3 deve ser avaliador(a) externo(a) ao PPGSC/UFRJ]***

|  |
| --- |
| **Nome completo:** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **É professor?** | [ ] | Sim  | [ ] | Não | **E-mail:** |

|  |
| --- |
| **Instituição onde obteve o título de doutor?** |

|  |
| --- |
| **Caso seja servidor da UFRJ, qual a localização técnica no SEI/UFRJ?** |

|  |
| --- |
| **Caso não seja docente do PPGSC, em qual instituição trabalha?** |

* ***BANCA EXAMINADORA – AVALIADOR(A)SUPLENTE 1:***

***[O/A avaliador(a) suplente 1 deve ser docente do PPGSC/UFRJ]***

|  |
| --- |
| **Nome completo:** |

|  |
| --- |
| **E-mail:** |

|  |
| --- |
| **Instituição onde obteve o título de doutor?** |

* ***BANCA EXAMINADORA – AVALIADOR SUPLENTE 2:***

***[O/A avaliador(a) suplente 2deve ser externo(a) ao PPGSC/UFRJ]***

|  |
| --- |
| **Nome completo:** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **É professor?** | [ ] | Sim  | [ ] | Não | **E-mail:** |

|  |
| --- |
| **Instituição onde obteve o título de doutor?** |

|  |
| --- |
| **Caso seja servidor da UFRJ, qual a localização técnica no SEI/UFRJ?** |

|  |
| --- |
| **Caso não seja docente do PPGSC, em qual instituição trabalha?** |

Rio de Janeiro, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

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

 Assinatura do(a) discente Assinatura do(a) orientador(a)