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 ( ) Híbrida

**COMPOSIÇÃO DA BANCA EXAMINADORA**

Orientador(a): Dr.(a)

Instituição: Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Brasília

E-mail:

CPF:

Coorientador(a): Dr.(a)

Instituição:

E-mail:

CPF:

Membro Interno (credenciado): Dr.(a)

Instituição:

E-mail:

CPF:

Membro Externo: Dr.(a)

Instituição:

E-mail:

CPF:

Suplente: Dr.(a)

Instituição:

E-mail:

CPF:

Haverá participação de membros a distância? Nome do membro:

Data:      /     /     .

Assinatura

Professor(a) Orientador(a)