

REQUERIMENTO

AUTORIZAÇÃO DE DEPÓSITO DA QUALIFICAÇÃO

À Comissão de Pós-Graduação Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Inovação no Ensino Superior em Saúde	
Eu Prof.(a) Dr.(a)	autorizo o
depósito do Projeto para Exame de Qualificação Oral, do (a) orientando (a)	
N°	
BANCA - Data:/ Hora::	
() L1: Currículo Integrado em Saúde	
() L2: Ensino em saúde nos contextos de prática do SUS	
Titulo:	
Por oportuno, indico abaixo sugestão de nomes para compor a banca examinadora: MEMBROS Orientador (a): Professor (a) do MPIESS: Justificativa:	
Professor (a) convidado (a):	
Instituição:	
Programa que está vinculado:	
Justificativa:	
São Caetano do Sul, de	de
Assinatura do(a) orie	entador(a)



PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DA SECRETARIA:		
BOLSISTA () SIM () N	ÃO	
() Regular com a Tesouraria () Créditos: disciplinas conforme o Regimento* () Parecer da CVA () Cópia do Currículo Lattes atualizado/discente () Grupo de pesquisa (com 2/3 de presença nas reuniões) () Workshop apresentação () Workshop ouvinte () Professor (a) externo (a) — Cópia do comprovante de que é membro de um Programa de Stricto sensu, Curriculum Lattes, matérias jornalísticas ou documentos profissionais. () Proficiência em Língua estrangeira		
BOLSISTA	NÃO BOLSISTA	
() Publicação de um artigo completo ou resumo em Anais de congresso (ANTES DA QUALIFICAÇÃO) () Submissão de um artigo em periódico no mínimo Qualis B1 da área de Ensino, EM ATÉ 21 MESES (ANTES DO DEPÓSITO PARA A DEFESA)	() Publicação de um artigo completo ou resumo expandido em Anais de congresso (ANTES DO DEPOSITO PARA A DEFESA) () Submissão de um artigo em periódico no mínimo Qualis B1 da área de Ensino (ANTES DO DEPÓSITO PARA A DEFESA)	
OBS.:		
*Créditos: disciplinas conforme o Re	gimento	