**À Coordenação do PPGPol/UFSCar**

Eu, **\_NOME COMPLETO\_\_**, aluno(a) de **\_\_MESTRADO/DOUTORADO\_\_** regularmente matriculado(a) neste Programa de Pós-Graduação, turma **\_20XX\_**, venho solicitar a realização do **Exame de Qualificação**.

**OBSERVAÇÕES:**

A Banca de Qualificação do Mestrado é constituída pelo orientador e por mais um membro/docente do Programa.

A Banca de Qualificação do Doutorado é constituída pelo orientador, por um membro externo ao PPGPol e por um membro/docente do Programa.

| **Data do Exame:** |  | |
| --- | --- | --- |
| **Horário:** |  | |
| **Orientador(a) - Presidente:** |  | |

| **Composição da banca - Membros titulares** | | |
| --- | --- | --- |
| **Nome e Titulação** | **Instituição de Ensino/Local** | **e-mail** |
|  |  |  |
|  |  |  |

| **Composição da banca - Membros suplentes** | | |
| --- | --- | --- |
| **Nome e Titulação** | **Instituição de Ensino/Local** | **e-mail** |
|  |  |  |
|  |  |  |

Equipamentos audiovisuais que serão necessários para a realização do exame:

|  |
| --- |

Assinatura do(a) discente:

Assinatura do(a) orientador(a):

São Carlos, \_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_.