**CARTA PARA AGENDAMENTO DA QUALIFICAÇÃO DE PROJETO DE MESTRADO**

Fortaleza, data.

À Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia e Funcionalidade

Senhor(a) Coordenador(a),

Oficializo junto a V. Sa. que o(a) mestrando(a) nome**,** por mim orientado(a), apresentará a sua Qualificação de Mestrado com o tema: *“nome”*, com proposta de data para o **dia data e horário hora**. Dessa forma, aproveito para sugerir os nomes dos membros da Banca Examinadora:

**Membros Titulares:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1º Membro *(Orientador)* | xxxxxxxxxxxxxxxxxx |
| 2º Membro *(Docente da UFC vinculado ao PPGFisio)* | xxxxxxxxxxxxxxxxxx |
| 3º Membro *(Docente externo* ***não*** *vinculado ao PPGFisio)* | xxxxxxxxxxxxxxxxxx |

**Membros Suplentes:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1º Membro *(Docente da UFC vinculado ao PPGFisio)*  | xxxxxxxxxxxxxxxxxx |
| 2º Membro *(Docente externo* ***não*** *vinculado ao PPGFisio)* | xxxxxxxxxxxxxxxxxx |

A sessão ocorrerá de forma: ( ) Presencial ( ) Remota

*Obs: Caso todos os membros sejam residentes em Fortaleza, a sessão deverá ocorrer, obrigatoriamente, de forma presencial.*

Agradeço antecipadamente a atenção e aguardo comunicado dos encaminhamentos solicitados.

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

Orientador (a)

**AGENDAMENTO**

Título:

Quantidade de Páginas:

Resumo:

Palavras Chave:

Candidato(a):

Orientador(a):

Coorientador(a):

Data: Horário:

Apresentação: ( ) Presencial ( ) Remota

**Membros Titulares**:

|  |
| --- |
| **1º Examinador**: XXXXXXXXXXXXXXX *(Orientador)* |
| **2º Examinador**: XXXXXXXXXXXXXXX *(Membro Interno)* |
| **3º Examinador**: XXXXXXXXXXXXXXX *(Membro Externo)* |
| CPF ou Passaporte (se estrangeiro):  |
| Titulação: Ano de conclusão: Pós-Doc: ( ) Sim ( ) Não |
| Instituição onde concluiu o Doutorado: País: |
| Área de Atuação:  |
| Instituição a que pertence:  |
| Deptº:  |
| Telefones: E-mail:  |
| Link Currículo *Lattes*: |

**Membros Suplentes**:

|  |
| --- |
| 1. **Nome:** XXXXXXXXXXXXXXX *(Membro Interno)* |
| Instituição: E-mail: |
| 2. **Nome**: XXXXXXXXXXXXXXX *(Membro Externo)* |
| CPF ou Passaporte (se estrangeiro):  |
| Titulação: Ano de conclusão: Pós-Doc: ( ) Sim ( ) Não |
| Instituição onde concluiu o Doutorado: País: |
| Área de Atuação:  |
| Instituição a que pertence:  |
| Deptº:  |
| Telefones: E-mail:  |
| Link Currículo *Lattes*: |

**OBS: Por favor, preencher todas as informações solicitadas no cadastro acima**. **Não receberemos o cadastro se o mesmo não tiver com todos os campos preenchidos.**

**FOTO DO DISCENTE**

Inserir uma foto do discente para fins de divulgação da sessão.

**Atenção: a foto deve possuir boa qualidade, estar sem cortes e com o rosto totalmente visível.**