



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
Programa de Pós-Graduação em
Reabilitação Funcional



FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE EXAME DE QUALIFICAÇÃO / PPGRF

Santa Maria, ____ de _____ de _____.

De: _____

Para: Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Reabilitação Funcional (PPGRF)/CCS/UFSM

Eu, _____ aluno (a) regular do PPGRF- Mestrado, matrícula _____, linha de pesquisa _____ venho por meio deste solicitar a abertura de processo para Exame de Qualificação de Mestrado, com data prevista em _____, às _____ (horário), do projeto intitulado _____.

A banca examinadora será composta pelos seguintes membros: Orientador (Presidente) _____ (membro externo à UFSM), _____ e _____ (suplente). Ressalto que os membros da banca já foram consultados e estão disponíveis na data e horário acima.

Comprometo-me a encaminhar para a Coordenação do PPGRF, no prazo mínimo de 20 dias que antecedem o Exame, o seguinte: a) versão do projeto a ser enviada à banca, em arquivo digital no formato PDF; b) e-mail de todos os membros da banca. Se necessário, me comprometo a encaminhar a cópia física aos membros da banca.

Declaro que estou ciente e preencho todos os critérios estabelecidos pelo Regulamento do Programa de Pós-Graduação em Reabilitação Funcional.

Atenciosamente,

Discente

Orientador(a)