**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS (UFSCar)**
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO PROFISSIONAL EM FILOSOFIA**
**Via Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676**
**CEP 13565-905, São Carlos SP - Brasil**
**DME - Sala 20**
**E-mail: prof-filo@ufscar.br**
**Telefone: (16) 3351-8664**

## Solicitação de Exame de Qualificação

Eu, Prof.(a) Dr.(a) _____, solicito providências para a realização do Exame de Qualificação de Mestrado de _____, ingressante em _____. Data do Exame de Qualificação: _____/_____/_____, às _____ horas.
Local (uso interno): _____.
Aluno/bolsista: ( ) Capes ( ) CNPQ ( ) FAPESP ( ) Outra: _____ ( ) não bolsista.

Na ocasião, o(a) aluno(a) apresentará a primeira versão do trabalho intitulado:_____
_____
_____.

Para a composição da Banca Examinadora, além do(a) orientador(a), indico os Profs.(a) Drs.(a) abaixo relacionados como membros titulares, com a Instituição de ensino a qual estão vinculados:

| **Nome*** | **Instituição de Ensino/Local** | **E-mail/Usuário Skype** |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

E como membros-suplentes:

| **Nome e titulação** | **Instituição de Ensino/Local** | **E-mail/Usuário Skype** |
|---|---|---|
| | | |
| | | |

***indicar membros que participarão à distância.**

**Para uso da CPG**

| |
|---|
| **Homologado na _____ª Reunião da CPG-PPGE, realizada em** |
| **____/____/_____** |
| **Assinatura** |