**SOLICITAÇÃO DE EXAME DE QUALIFICAÇÃO**

Solicito à Comissão de Ensino de Pós-Graduação do Programa de Pós-Graduação em História autorização para realização do exame de qualificação de meu orientando\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Título da dissertação: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Linha de pesquisa:**

( ) Narrativas, deslocamentos e conexões

( ) Normas, espaços e deslocamentos

( ) Deslocamentos, trabalho e experiências

Data e horário do exame: **\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_ às \_\_\_:\_\_\_\_.**

**Banca sugerida**

| Presidente da Banca (Orientador/a): **Prof(a). Dr(a).** | |
| --- | --- |
| **Dados dos membros** | |
| **Membro titular externo:** (nome, instituição, titulação)  **CPF: RG: Data de Nasc.:**  **E-mail: Telefone: Endereço:** | **( ) Transporte** |
| **Membro titular interno:** (nome e instituição)  **CPF: E-mail: Telefone:**  **Endereço:** | |
| **Membro suplente (interno ou externo):** (nome e instituição)  **CPF: E-mail: Telefone:**  **Endereço:** | |

| Assinatura Orientador | Guarulhos, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_ |
| --- | --- |

.