**HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**

**DIRETORIA DE ENSINO**

**MESTRADO PROFISSIONAL EM PESQUISA CLÍNICA**

**SOLICITAÇÃO DE EXAME GERAL DE QUALIFICAÇÃO**

Dirijo-me a Vossa Senhoria a fim de solicitar a Defesa do Exame Geral de Qualificação do Trabalho de Conclusão de Mestrado Profissional em Pesquisa Clínica, conforme abaixo:

|  |  |
| --- | --- |
| Aluno |  |
| ORCID do aluno |  |
| Data da Defesa | Clique ou toque aqui para inserir uma data. | Horário:  |
| Plataforma Online | Deve ser agendado pelo orientador/a |
| Título do Trabalho |  |
| Orientador |  |
| ORCID Orientador |  |

**MEMBROS DA BANCA EXAMINADORA HCPA ou UFRGS**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome |  |
| CPF |  |
| E-mail |  |
| Celular  |  |
| Instituição  | Escolher um item. |
| PPG de vínculo |  |
| Link CV Lattes |  |
| ORCID |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nome |  |
| CPF |  |
| E-mail |  |
| Celular  |  |
| Instituição  | Escolher um item. |
| PPG de vínculo |  |
| Link CV Lattes |  |
| ORCID |  |

**MEMBRO EXTERNO DA BANCA EXAMINADORA (se houver)**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome Completo |  |
| Data de Nascimento |  |
| CPF |  |
| Endereço |  |
| E-mail |  |
| Celular  |  |
| Instituição  |  |
| Departamento |  |
| PPG de vínculo |  |
| Link CV Lattes |  |
| ORCID |  |
| **Formação Doutorado** |
| Instituição |  |
| Ano de formação |  |
| Área |  |

**MEMBRO SUPLENTE DA BANCA EXAMINADORA**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome |  |
| CPF |  |
| E-mail |  |
| Celular  |  |
| Instituição  | Escolher um item. |
| PPG de vínculo |  |
| Link CV Lattes |  |
| ORCID |  |

Porto Alegre, xx de xx de 2023.

Orientador