**HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**

**DIRETORIA DE ENSINO**

**SERVIÇO DE PÓS-GRADUAÇÃO**

**MESTRADO PROFISSIONAL EM PESQUISA CLÍNICA**

**SOLICITAÇÃO DE EXAME GERAL DE QUALIFICAÇÃO**

Dirijo-me a Vossa Senhoria a fim de solicitar a realização do Exame Geral de Qualificação do trabalho de conclusão de Mestrado Profissional em Pesquisa Clínica, conforme abaixo:

|  |  |
| --- | --- |
| Aluno(a) |  |
| ORCID aluno(a) |  |
| Data da Defesa | . | Horário:  |
| Local | Sala deve ser agendada pelo orientador/a através do formulário disponível na intranet: Intranet=>Ensino=>Infraestrutura=> Agendamento sala aula<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSde6SwZLEfYwLEvAKvLOk6QxSC8CdYAboHoYN4r77Ce4q9big/viewform> |
| Título do Trabalho |  |
| Orientador(a) |  |
| Projeto Guarda Chuva |  |
| Linha de Pesquisa  |  |
| CPF |  |
| Centro de Custo |  |
|  |  |
| Coorientador(a) |  |
| CPF |  |
| Link CV Lattes |  |
| Centro de Custo HCPA |  |

**MEMBROS DA BANCA EXAMINADORA HCPA ou UFRGS**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome Completo |  |
| CPF |  |
| E-mail |  |
| Celular  |  |
| Instituição  |  |
| PPG de vínculo |  |
| Link CV Lattes |  |
| Centro de Custo HCPA |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nome Completo |  |
| CPF |  |
| E-mail |  |
| Celular  |  |
| Instituição  |  |
| PPG de vínculo |  |
| Link CV Lattes |  |
| Centro de Custo HCPA |  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nome Completo |  |
| CPF |  |
| E-mail |  |
| Celular  |  |
| Instituição  |  |
| Departamento |  |
| PPG de vínculo |  |
| Link CV Lattes |  |
| ORCID |  |
| Centro de Custo HCPA\* |  |
| **Formação Doutorado** |
| Instituição |  |
| Ano de formação |  |
| Área |  |

\*Centro de Custo: Caso não tenha CC vinculado ao HCPA, deve fazer o cadastro na plataforma SEI/ HCPA como Membro Externo.

Porto Alegre, xx de xx de 202 .

Assinatura do professor orientador.