

## AUTORIZAÇÃO PARA EXAME DE QUALIFICAÇÃO

Solicito autorização para realização do Exame de Qualificação da aluna L  
, nº USP \_\_\_\_\_, como requisito para defesa da Tese de \_\_\_\_\_ intitulada “  
\_\_\_\_\_”. Informo que a aluna cumpriu todos os créditos exigidos, conforme o  
regulamento do Programa.

### Indicação de 05 dias úteis para o agendamento do exame de qualificação

*(Consultar a data limite na ficha de aluno)*

Dia 1: _____	Horário _____
Dia 2: _____	Horário _____
Dia 3: _____	Horário _____
Dia 4: _____	Horário _____
Dia 5: _____	Horário _____

**Sugestão de 6 nomes de examinadores, informando a instituição e o contato (e-mail, telefone)**

Examinador	Instituição	Contato

\_\_\_\_\_  
Ass. Orientador(a)

\_\_\_\_\_  
Ass. Aluno(a)

Recebido, SPG: \_\_\_\_\_ São Paulo, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Funcionário e carimbo

Aprovada em reunião da Comissão de Pós-Graduação no dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Observações: