MEDICINA
USP

COMISSÃO JULGADORA PARA **EXAME DE QUALIFICAÇÃO**

Nome do(a) aluno(a)	**nº USP***

Nome do(a) Orientador (a)	**nº USP**

Programa de Pós-graduação	**Código**

Data da Inscrição para o Exame de Qualificação: ____ / ____ / ____
(para alunos regidos pelo atual Regimento de Pós-graduação da USP)

	NOME / TITULAR	**Nº USP***
1		
2		
3		
	NOME / SUPLENTE	**Nº USP**
1		
2		

* O número USP pode também ser obtido no Extranet – Docentes / Docentes Participantes.

Data da aprovação da CCP: _____ / _____/ _____

Coordenador(a) do Programa: _____

Obs.:
1) Conforme Regimento da Pós-graduação da USP:
Artigo 80 - A comissão examinadora, aprovada pela CCP, deve ser constituída por três membros, com titulação mínima de doutor, devendo sua formação ser definida segundo critérios previamente aprovados pela CCP.