**SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO EXAME DE QUALIFICAÇÃO**

Ao Colegiado de Coordenação Didática (CCD) do Programa Profissional de Pós-Graduação em Administração Pública em Rede Nacional (PROFIAP):

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, solicito autorização para a realização do exame de qualificação da dissertação do(a) discente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, sob minha orientação, conforme informações abaixo. Segue em anexo o trabalho a ser avaliado.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMAÇÕES DA BANCA EXAMINADORA SUGERIDA** | | | | |
| DATA: \_\_\_/\_\_\_/2025 | |  | HORÁRIO: \_\_\_:\_\_\_h | |
|  | | | | |
| **MEMBROS TITULARES** | **NOME COMPLETO** | **CPF** | **INSTITUIÇÃO DE ORIGEM** | **E-MAIL** |
| 1. Orientador(a) |  |  |  |  |
| 2. M. Interno |  |  |  |  |
| 3. M. Externo |  |  |  |  |
| **MEMBROS SUPLENTES** | **NOME COMPLETO** | **CPF** | **INSTITUIÇÃO DE ORIGEM** | **E-MAIL** |
| 2. M. Interno |  |  |  |  |
| 3. M. Externo |  |  |  |  |

Recife, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2025.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
Assinatura do(a) docente