



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



IFF

INSTITUTO NACIONAL | FERNANDES FIGUEIRA
DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

AGENDAMENTO DO EXAME DE QUALIFICAÇÃO DO MESTRADO
(preencher o formulário em letra de forma, evitando abreviações)

Aluno(a): _____ Ano de Ingresso: _____

Orientador (a): _____

Co-orientador (a): _____

Linha de Pesquisa: _____

Data do Exame: _____ / _____ / _____ Horário: _____ Sala: _____

Título do Projeto: _____

Professores Doutores Examinadores (nomes por extenso e sigla da Instituição):

Prof. (a) Dr (a). _____ / _____

Prof. (a) Dr (a). _____ / _____

Prof. (a) Dr (a). _____ / _____

(opcional)

Prof. (a) Dr (a). _____ / _____

(orientador (a))

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Orientador(a)

Av. Rui Barbosa, 716 – 4º andar – Flamengo – Rio de Janeiro – RJ – CEP 22.250-020

Telefone: (21) 2554-1700 ramais 1832 e 1833 - Fax: (21) 2554-1833

E-mail: pgscm@iff.fiocruz.br / pgpascm@iff.fiocruz.br