



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher



IFF

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

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

Aluno (a): _____ Ano de Ingresso: _____

Co-orientador (a): _____

Orientador (a): _____

Linha de Pesquisa: _____

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

Título do Projeto: _____

Título do Artigo: _____

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

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

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)

Observações:

- Todos os membros da Banca devem ser portadores de título de Doutor.