



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher



IFF

Instituto Fernandes Figueira

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: _____

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). _____ / _____

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

(orientador (a))

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Orientador(a)