

QUALIFICAÇÃO DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Aluno (a): _____

Orientador (a): _____

Coorientador (a): _____

Título da Dissertação: _____

Documentos obrigatórios a serem enviados, separadamente, em formato PDF ao e-mail:

stricto-sensu@fmabc.br :

- Sugestão para composição da banca examinadora
- Artigo da Dissertação

AUTORIZAÇÃO DO ORIENTADOR

Declaro que autorizo o(a) aluno(a) _____

_____ a se candidatar ao Exame de

Qualificação de Mestrado.

Santo André, ____/____/_____.

Assinatura do Orientador (a)

Sugestão para Composição da Banca Examinadora
Qualificação de Dissertação de Mestrado

*** Preencher com letra de forma e legível**

Nome do(a) Aluno(a): _____

Nome do Orientador(a): _____

Nome do Coorientador (a): _____

Área de Concentração:

() Medicina Celular e Molecular () Investigação Clínica () Saúde Coletiva

Linha de Pesquisa: _____

Título do trabalho: _____

MEMBROS EXTERNOS

Professor(a)	
CPF	
Instituição	
Departamento	
Cargo ou Ocupação	
E-mail	
Telefone Celular: ()	Telefone fixo/comercial: ()

Sede: Av. Príncipe de Gales, 821 – Bairro Príncipe de Gales – Santo André, SP – CEP: 09060-650 (Portaria 1)

Av. Lauro Gomes, 2000 - Vila Sacadura Cabral - Santo André / SP - CEP: 09060-870 (Portaria 2)

Pró-Reitoria de Pós-Graduação, Pesquisa e Inovação (PROPESPI) – Av. Príncipe de Gales, 667 – Bairro Príncipe de Gales
Santo André / SP – CEP: 09060-590

Telefone: (11) 4993-5426 ou www.fmabc.br

Professor(a)	
CPF	
Instituição	
Departamento	
Cargo ou Ocupação	
E-mail	
Telefone Celular: ()	Telefone fixo/comercial: ()

MEMBROS INTERNOS

Professor(a)	
CPF	
Instituição	
Departamento	
Cargo ou Ocupação	
E-mail	
Telefone Celular: ()	Telefone fixo/comercial: ()

Professor(a)	
CPF	
Instituição	
Departamento	
Cargo ou Ocupação	
E-mail	
Telefone Celular: ()	Telefone fixo/comercial: ()