



## AGENDAMENTO DO EXAME DE QUALIFICAÇÃO

Aluno(a): \_\_\_\_\_

Ano de Ingresso: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Orientador(a): \_\_\_\_\_

Segundo(a) Orientador(a): \_\_\_\_\_

Terceiro(a) Orientador(a): \_\_\_\_\_

O segundo ou terceiro orientador participará da Banca? ( ) SIM ( ) NÃO

Título do Projeto: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data do Exame: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_ Sala: \_\_\_\_\_

A defesa acontecerá por vídeo conferência ou presencial? \_\_\_\_\_

Professores Doutores Examinadores (nome por extenso, Programa e sigla da Instituição):

Membro pertencente ao Programa

Dr(a). \_\_\_\_\_

Membro não pertencente ao Programa (externo à Fiocruz)

Dr(a). \_\_\_\_\_

Nome do Programa \_\_\_\_\_ Instituição \_\_\_\_\_

Suplente pertencente ao Programa

Dr(a). \_\_\_\_\_

Observação: Todos os membros da Banca devem ser portadores do título de Doutor.

Examinador Externo Efetivo (externo à Fiocruz):

Nome: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Instituição onde concluiu o Doutorado: \_\_\_\_\_

Área: \_\_\_\_\_ Ano de Conclusão: \_\_\_\_\_

Instituição de vínculo: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Passagem aérea: ( ) NÃO ( ) SIM

Observação: As informações solicitadas referentes ao examinador externo efetivo são necessárias para preenchimento de Relatórios para Agências de Fomento.

O projeto será enviado ao Comitê de Ética? ( ) SIM ( ) NÃO

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Orientador(a)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Aluno(a)