



Faculdade de Medicina
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO
Av. Prof. Alfredo Balena 190/sala 7009
Belo Horizonte – MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640
E-mail: cpg@medicina.ufmg.br

UFMG



FORMULÁRIO PARA PREPARAÇÃO DA QUALIFICAÇÃO

Programa de Pós-Graduação em: _____

Área de Concentração: _____

DADOS DO DISCENTE

Atenção: Você deve solicitar um histórico na secretaria do CPG para conferir se cursou e integralizou todos os créditos e disciplinas obrigatórias (quando houver) necessários para sua defesa.

Nome completo _____

Nº matrícula _____ e-mail _____

Telefones:

Residencial _____

Consultório _____

Celular _____

DADOS DA QUALIFICAÇÃO

Data da qualificação _____ Horário _____ Local _____

Título do trabalho

-------	--	--

ORIENTADOR

Nome completo _____

Endereço residencial _____ Nº _____

Bairro _____ CEP _____

Cidade _____ Estado _____

Telefones _____ Residencial _____ Consultório _____ Celular _____

E-mail _____

Instituição de vínculo _____ Departamento _____

Caso necessite reserva no estacionamento do Campus Saúde, favor informar o veículo e a placa do mesmo

DADOS DA BANCA EXAMINADORA

1) Nome completo _____

Endereço residencial _____ Nº _____

Bairro _____ CEP _____

Cidade _____ Estado _____

Telefones Residencial _____ Consultório _____ Celular _____

E-mail _____

Instituição de vínculo _____ Departamento _____

Caso necessite reserva no estacionamento do Campus Saúde, favor informar o veículo e a placa do mesmo

2) Nome completo _____

Endereço residencial _____ Nº _____

Bairro _____ CEP _____

Cidade _____ Estado _____

Telefones Residencial _____ Consultório _____ Celular _____

E-mail _____

Instituição de vínculo _____ Departamento _____

Caso necessite reserva no estacionamento do Campus Saúde, favor informar o veículo e a placa do mesmo

3) Nome completo _____

Endereço residencial _____ Nº _____

Bairro _____ CEP _____

Cidade _____ Estado _____

Telefones Residencial _____ Consultório _____ Celular _____

E-mail _____

Instituição de vínculo _____ Departamento _____

Caso necessite reserva no estacionamento do Campus Saúde, favor informar o veículo e a placa do mesmo

Belo Horizonte, _____

Assinatura do orientador _____ Assinatura do estudante _____

Recebido pela secretaria do Centro de Pós-Graduação em _____

Recebido por: _____