

AGENDAMENTO DE EXAME DE QUALIFICAÇÃO

Aluno (a)

Após entendimento com os membros da Comissão Examinadora, ficou estabelecido que o Exame de Qualificação será realizado em:

**\*Data:**  / / Horário:

# \*Local:

(o local será agendado pela secretaria do Programa)

# \*\*Informar se o membro externo participará na banca:

( ) Presencial ( ) Via Skype ( ) Vídeo Conferência

# \*\*Informar e-mail de contato do membro externo, para cadastro no SEI:

Assinatura do aluno (a):

Assinatura do orientador (a)

Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL-MG

Rua: Gabriel Monteiro da Silva, 700 – Centro – Prédio V / Sala 201-F – Alfenas-MG – CEP 37.130- 001 Tel: (35) 3701-9267 – E-mail: [ppgeunifal@gmail.com](mailto:ppgeunifal@gmail.com) – Sítio: