

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DO EXAME DE QUALIFICAÇÃO

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**

**Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL-MG Pró-reitora de Pesquisa e Pós-graduação Programa de Pós-Graduação em Educação**

Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700. Alfenas/MG. CEP 37130-000 Telefax: (35) 3299-1392

Ao

Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Educação da UNIFAL-MG

Enviamos a lista de sugestões de nomes da Comissão Examinadora, em ordem de preferência e encaminhamos posteriormente os exemplares do trabalho escrito para os trâmites necessários à realização do Exame de Qualificação.

Nome do discente:

Nome do orientador (a):

Título da Dissertação:

Área de concentração no Programa: Fundamentos da Educação e Práticas Educacionais

Número de Meses Cursado no PPGE:

Data da Solicitação: / /

Data Proposta para qualificação: / /

# \*ANEXAR no processo: O Histórico Escolar do discente.

(**Assinatura discente**) (**Assinatura orientador (a))**

 

# SUGESTÃO DE COMPONENTES PARA A COMISSÃO EXAMINADORA

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**

**Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL-MG Pró-reitora de Pesquisa e Pós-graduação Programa de Pós-Graduação em Educação**

Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700. Alfenas/MG. CEP 37130-000 Telefax: (35) 3299-1392

1. **Nome Completo (orientador):**

Titulação:

Departamento:

Instituição:

Linha (s) de Pesquisa:

# Nome Completo (Titular):

Titulação:

Departamento:

Instituição:

Linha (s) de Pesquisa:

1. **Nome Completo (Titular):**

Titulação:

Departamento:

Instituição:

Linha (s) de Pesquisa:

1. **Nome Completo (Suplente):**

Titulação:

Departamento:

Instituição:

Linha (s) de Pesquisa:

\* É dever dos solicitantes entrar em contato com os membros da banca examinadora comunicando-os da sugestão e da data sugerida para realização do exame de qualificação.