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: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Data: |  |
|  |
|  |
|  |
| Assinatura do aluno(a): |  |
|  |
|  |
|  |
| Assinatura do orientador(a): |  |

**Houve alteração na composição da Comissão Examinadora?**

**( ) SIM ( )NÂO**

**Haverá Participação de Membro Externo por videoconferência da Comissão Examinadora?**

**( ) SIM ( )NÃO**

**Caso a resposta seja afirmativa, favor enviar via e-mail (****bbio@fcfrp.usp.br****), da composição final e os e-mails dos membros desistentes.**