

**SOLICITAÇÃO DE EXAME DE QUALIFICAÇÃO
MESTRADO**

Linha de Pesquisa/Atuação:		
Orientador(a):		
Acadêmico(a):		
Título do Trabalho:		
Data Prevista:	Horário:	Local:

BANCA EXAMINADORA

Função	Nome	Instituição	Titulação
Orientador(a)			
Membro			
Membro			
Suplente			

Será utilizado vídeo conferência: () Sim () Não

PASSAGEM E HOSPEDAGEM

Requisição de Passagem: Aérea () Terrestre ()		
Nome:	Procedência:	
Instituição:	RG:	CPF:
Tel:	E-mail:	
Data/Vinda:	Horário Preferencial:	
Data/Retorno	Horário Preferencial:	
Solicita Hotel: sim () Não ()	Período:	

Belo Horizonte, ____ de _____ de _____

Assinatura do(a) acadêmico(a)

Assinatura do(a) orientador(a)

Parecer Colegiado do PROF-ARTES:

() Homologado () Não homologado

Reunião: ____/____/____

Coordenação do PROF-ARTES

Prof-Artes
Mestrado Profissional em Artes