**TERMO DE ABERTURA DE PROCESSO DE QUALIFICAÇÃO**

Ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Tecnologias, Comunicação e Educação.

**Assunto:** Formação de Comissão Examinadora para Qualificação de Mestrado.

|  |
| --- |
| **DADOS DO ORIENTADOR** |
| **Nome:** |
| **CPF:** |

|  |
| --- |
| **DADOS DO ALUNO** |
| **Nome:** |
| **Celular:** |
| **Número de Matrícula:** |
| **E-mail:** |

|  |
| --- |
| **DADOS DA QUALIFICAÇÃO** |
| **( ) Qualificação Presencial ( ) Qualificação Webconferência** |
| **Data:** |
| **Horário:** |
| **Local:** |
| **Título da Dissertação:** |
| **Cidade de onde o membro externo participará se for webconferência:** |

|  |
| --- |
| **MEMBROS DA BANCA** |
| **1- Membro Titular - Orientador** |
| Nome: |
| E-mail: |
| Celular: |
| Instituição de Trabalho: |
| **2- Membro Titular** |
| Nome: |
| Celular: |
| E-mail: |
| Instituição de Trabalho: |
| Sigla da Instituição de Trabalho: |

|  |
| --- |
| **3- Membro Titular (Se o membro titular for externo a UFU preencher o endereço)** |
| Nome: |
| Celular: |
| E-mail: |
| Instituição de Trabalho: |
| Sigla da Instituição de Trabalho: |
| Endereço: |
| Bairro: |
| Cep: |
| Cidade: |

|  |
| --- |
| **MEMBRO SUPLENTE** |
| **1- Membro Suplente Interno** |
| Nome: |
| Celular: |
| E-mail: |
| Instituição de Trabalho: |
| Sigla da Instituição de Trabalho: |

Solicitado em: \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Orientador (a): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Universidade Federal de Uberlândia – Campus Santa Mônica – Av. João Naves de Ávila, 2121 Bloco 1G Sala 156 38.408-100 - Uberlândia – MG (34) 3291-6395