

OFÍCIO 1:



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM



Montes Claros (MG), ____ de _____ de _____

Ilmo. Prof. Dr. Diego Dias de Araújo
Coordenador do Mestrado Acadêmico em Enfermagem – Unimontes

Prezado, Coordenador

Com os nossos cordiais cumprimentos, encaminhamos os dados abaixo e solicitamos a aprovação da banca examinadora do exame de qualificação da candidato **nome do candidato**, com o trabalho intitulado: **Título do trabalho**, a ser avaliado pelos membros abaixo sugeridos, no dia ____ de _____ de _____ às _____ horas, no local _____.

Informações referentes aos membros da banca:

Orientador:

Nome completo:
Endereço:
Telefones:
Email:
CPF:
RG:
Formação/ Titulação:
Local de trabalho (cargo, universidade e cidade):

Coorientador:

Nome:
Endereço:
Telefones:
Email:
CPF:
RG:
Formação/ Titulação:
Local de trabalho (cargo, universidade e cidade):

Membro titular do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Unimontes:

Nome:
Endereço:
Telefones:
Email:
CPF:
RG:
Formação/ Titulação:
Local de trabalho (cargo, universidade e cidade):

Membro titular Externo a Unimontes:

Nome:
Endereço:
Telefones:
Email:
CPF:
RG:
Formação/ Titulação:
Local de trabalho (cargo, universidade e cidade):

Membro suplente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Unimontes:

Nome:
Endereço:
Telefones:
Email:
CPF:
RG:
Formação/ Titulação:
Local de trabalho (cargo, universidade e cidade):

Membro suplente Externo a Unimontes:

Nome:
Endereço:
Telefones:
Email:
CPF:
RG:
Formação/ Titulação:
Local de trabalho (cargo, universidade e cidade):

Atenciosamente,

Nome do Prof(a). Dr(a). Orientador