

PARECER PRÉVIO
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA
(Preencher o formulário em letra de forma, evitando abreviações)

Aluno(a): _____

Título da Dissertação: _____

Examinador(a) (nome por extenso): _____

1) Quanto à originalidade/adequação: _____

2) Quanto ao conteúdo (utilize folhas adicionais se necessário):

2.1. Concepção: _____

2.2. Metodologia: _____

2.3. Discussão: _____

* Este formulário deverá ser devolvido ao orientador devidamente preenchido e assinado no prazo de 15 dias ao contar da data de entrada em parecer prévio.

Avaliação:

[] Aprovada para defesa

[] Não aprovada para defesa

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) Examinador(a)

Atualizado em 06/08/2018