



Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas

Associação Ampla entre a Universidade Estadual do Centro-Oeste e a Universidade Estadual de Ponta Grossa



REQUERIMENTO DE DEFESA DE TESE

1. IDENTIFICAÇÃO
Pós-graduando(a):
Orientador(a):
Co-orientador(a) (se for o caso):

2. TÍTULO DA DISSERTAÇÃO

3. DATA E HORÁRIO SUGERIDOS		
Data:		Local :

4. DEFESA PÚBLICA DE DISSERTAÇÃO
() Sessão Aberta
() Sessão Fechada <i>(somente para trabalhos que solicitaram proteção intelectual)</i>

5. Sugestão para Composição da Banca Examinadora		
DOCENTE	INSTITUIÇÃO	CPF
<i>Titulares</i>		
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
<i>Suplentes</i>		
1.		
2.		

* Indicar no mínimo 1 (um) membro titular e 1 (um) suplente **externos à UNICENTRO**

6. Banca Aprovada pelo Colegiado		
DOCENTE	INSTITUIÇÃO	CPF
<i>Titulares</i>		
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
<i>Suplentes</i>		
1.		
2.		

* Indicar no mínimo 3 membros não pertencentes a Unicentro.

Data:	Pós-graduando(a)	Orientador(a)
-------	------------------	---------------

Parecer do Colegiado do PPGCF:	
Aprovado "Ad Referendum" do Colegiado, em ____ / ____ /201__.	Aprovado em reunião do Colegiado do Programa de Pós-Graduação, conforme Ata N° _____, de ____ / ____ /201__.
Assinatura do(a) Coordenador(a) do Programa de Pós-Graduação.	Assinatura do(a) Presidente do Colegiado.