



# 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 EXAME GERAL DE QUALIFICAÇÃO

<b>1. IDENTIFICAÇÃO</b>
Pós-graduando(a):
Orientador(a):
Co-orientador(a) (se for o caso):
Instituição:

<b>2. TÍTULO DA DISSERTAÇÃO</b>

<b>3. DATA E HORÁRIO SUGERIDOS</b>	
Data:	Horário:

4. SUGESTÃO PARA COMPOSIÇÃO DA BANCA EXAMINADORA*		
DOCENTE	LINHA DE PESQUISA	INSTITUIÇÃO/DEPARTAMENTO
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

\* Indicar no mínimo 1 (um) membro não pertencente ao PPGCF (de acordo com a IN 6).

5. BANCA EXAMINADORA APROVADA PELO COLEGIADO	
DOCENTE	INSTITUIÇÃO/DEPARTAMENTO
<b>Titulares</b>	
1.	
2.	
3.	
4.	
<b>Suplentes</b>	
5.	
6.	
7.	

\* Indicar no mínimo dois membros não pertencentes ao PPGCF (de acordo com a IN 6).

De acordo, em//	Pós-graduando(a)	Orientador(a)
-----------------	------------------	---------------

<b>Parecer do Colegiado do PPGCF:</b>	
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.