SENHOR COORDENADOR

Vimos solicitar a Vossa Senhoria providências para a realização do Exame de Qualificação II por parte do(a) Doutorando(a): **, RG: CPF: E-mail:** do Programa de Pós-Graduação em Ciência e Tecnologia de Alimentos – Doutorado, da Universidade Estadual de Ponta Grossa, sob o Título “ “

Palavras-Chave: mínimo três:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | 2. | 3. |
| 4. | 5. | 6. |

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Local: de forma remota via Google Meet

Membros da Banca/filiação:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Orientador/Presidente | Nome: | |
| Afiliação: | E-Mail: | CPF: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Membro Titular | Nome: | |
| Afiliação: | E-Mail: | CPF: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Membro Titular | Nome: | |
| Afiliação: | E-Mail: | CPF: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Membro Titular | Nome: | |
| Afiliação: | E-Mail: | CPF: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Suplente Opcional | Nome: | |
| Afiliação: | E-Mail: | CPF: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Suplente Opcional | Nome: | |
| Afiliação: | E-Mail: | CPF: |

Ponta Grossa,

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

\*O (a) aluno (a) deverá entregar as cópias do trabalho diretamente aos professores da banca (em PDF ou impresso) com um prazo razoável de antecedência.\*\* O preenchimento desde formulário é de responsabilidade do orientador .