Senhor Coordenador,

Vimos solicitar a Vossa Senhoria, providências para a realização da **Defesa de Tese** por parte do Doutorando(a)

RG: CPF: E-mail:

**Programa de Pós-Graduação em Ciência e Tecnologia de Alimentos**

Área de concentração: Ciência e Tecnologia de Alimentos

Sob o Título:

Bolsista: ( )Não ( ) sim, Órgão financiador:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Palavras-Chave: mínimo três:

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

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Local:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Membros da Banca/filiação:

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

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