Ofício S/N

Fortaleza, \_\_\_\_, de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_.

A(o) Sr(a). Coordenador(a) do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas

Prof(a). Dr(a). \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Solicito à V.Sª. que seja aprovada a sugestão de Banca Examinadora do Exame de Qualificação de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do (a) aluno (a)

Título:“

”

O exame será realizado no dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_, às \_\_\_\_\_ horas em local a ser determinado pela Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas – UFC.

Banca Examinadora:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome completo** | **Título**  **acadêmico** | **Instituição**  **de origem** | **CPF** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Suplente 1: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Suplente 2: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Declaro que foram cumpridos todos os créditos obrigatórios

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Orientador(a)

De acordo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Coordenador(a) do PPgCF

Regra Regimental:

O Exame de Qualificação constará de uma exposição oral sobre o projeto de pesquisa do aluno, seguida de uma discussão em sessão fechada, diante de uma Banca Examinadora composta de 3 doutores, sendo facultada a participação do orientador como terceiro membro, e dois suplentes (Doutores).