Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, orientador pleno do Programa Multicêntrico de Pós-Graduação em Ciências Fisiológicas, solicito formação de banca de qualificação do doutorando (a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, matrícula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, sob minha orientação, para o projeto abaixo nominado:

|  |
| --- |
| **Título:**  |
| **Linha de Pesquisa:**  |
| **Sugiro o dia:** **Horário:** **Local:**  |

 **Sugestão de Composição Completa da Banca Examinadora**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Nome Completo** | **Titulação** |  **Instituição de Origem** |
| **Orientador (a):** | Prof. Dr. xxxxxxx ou Profa. Dra. xxxxxxx |  |  |
| **Coorientador (a):****(Caso houver)** |  |  |  |
| **Membro Titular**Presencial [ ] Vídeo conferência [ ]  |  |  |  |
| **Membro Titular**Presencial [ ] Vídeo conferência [ ]  |  |  |  |
| **Membro Titular**Presencial [ ] Vídeo conferência [ ]  |  |  |  |
| **Membro Suplente** |  |  |  |
| **Membro Suplente**  |  |  |  |

Preencher as informações seguir exclusivamente para os **membros titulares externos** de fora do campus de Uruguaiana da Unipampa ou que sejam de outra instituição.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome Completo do Avaliador Externo** | **Instituição** **de Origem** | **CPF** | **E-mail** |
| Prof. Dr. xxxxxxx o Profa. Dra. xxxxxxx |  |  |  |
|  |  |  |  |

Uruguaiana, **.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Assinatura do Pós-Graduando (a) Assinatura do Orientador (a)**