Prezado (a) Escolher um item.nome do discente, matrícula Clique aqui para digitar texto.

Comunicamos que a data de apresentação da sua Escolher um item., intitulada: , será dia Clique aqui para inserir uma data. no (a) nome ou nº da sala do Campus Escolher um item.

A Banca Examinadora constituída pela Comissão do Programa de Pós-Graduação está formada pelos seguintes docentes:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **Nome Completo** | **Titulação** | **Instituição de Origem** |
| **Orientador (a):** |   |   |   |
| **Coorientador (a):****(Caso houver)** |   |   |   |
| **Membro Titular**Presencial [ ] Skype [ ] Parecer [ ]  |   |   |   |
| **Membro Titular**Presencial [ ] Skype [ ] Parecer [ ]  |   |   |   |
| **Membro Titular**Presencial [ ] Skype [ ] Parecer [ ]  |   |   |   |
|  **Membro Suplente** |   |   |   |
| **Membro Suplente**  |   |   |   |

Preencher, exclusivamente, em caso de membros externos fora do campus de Uruguaiana da Unipampa ou que sejam de outra instituição.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome Completo do Membro Externo** | **Titulação** | **Forma Avaliativa** | **Instituição** **de Origem** | **CPF** | **E-mail** |
| Titular [ ] Suplente [ ]   |   | Presencial [ ] Skype [ ] Parecer [ ]  |   |   |   |
| Titular [ ] Suplente [ ]   |   | Presencial [ ] Skype [ ] Parecer [ ]  |   |   |   |

 , de de 20 18.

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

Coordenador (a) do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas,

 Prof.(a) Dr (a) Clique aqui para digitar texto.