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.