Prezado (a) mestrando (a) nome, matrícula XXX

Comunicamos que a data de apresentação do exame de qualificação do projeto intitulado: “xxx”, será dia XX/XX/2018, às XXh00mim no (a) Local do *Campus* Uruguaiana.

 Solicitamos seu comparecimento com antecedência mínima de 30 minutos.

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Nome Completo | Titulação | **Instituição de Origem** |
| **Orientador (a):** | **Prof.Dr.**  | Doutor ou Doutora |  |
| **Coorientador (a):****(Caso houver)** |   |   |   |
| **Membro Titular**Presencial ☐Skype [ ] Parecer [ ]  |  |  |  |
| **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 titulares 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. (a) Dr. (a)  |   |   |   |

 **Uruguaiana,** xx/xx/2018.

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

Coordenador (a) do Programa de Pós-Graduação Educação em Ciências:

Química da Vida e Saúde,

**Prof. Dr.** Vanderlei Folmer