Prezado (a) doutorando(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, matrícula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Comunicamos que a data de apresentação do exame de qualificação do seu projeto de doutorado intitulado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, será dia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , às xx horas xxmim , no (a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (local).

Solicitamos seu comparecimento com antecedência mínima de 30 minutos para organização do espaço e infraestrutura necessária.

A Banca Examinadora indicada pela Comissão do Programa Multicêntrico de Pós-Graduação em Ciências Fisiológicas está formada pelos seguintes docentes:

**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** |  |  |  |

Uruguaiana,  **.**

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

**Coordenador (a) do Programa Multicêntrico de Pós-graduação em Ciências Fisiológicas,**

**Prof. (a) Dr.(a)**