|  |
| --- |
| REQUERIMENTO DO EXAME GERAL DE QUALIFICAÇÃOPROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ (PCF-UNIOESTE) |
| **1. IDENTIFICAÇÃO** |
| **Nome do Discente:** | **Ano de Ingresso no PCF-UNIOESTE:** |
| **Nome do Orientador:** |
| **Bolsista ( ) Sim Não ( ) Se sim, qual o órgão de fomento? ( ) CAPES ( ) CNPq ( )FA ( )Outro** |
| **2. ÁREA DE CONCENTRAÇÃO E LINHA DE PESQUISA** |
| **Área de concentração** | Ciências Farmacêuticas |
| **Linha de pesquisa** | ( ) Prospecção de microrganismos e substâncias bioativas com aplicações em saúde( ) Fármacos e Medicamentos |
| **3. Título do trabalho Dissertação:**  |
| **4. Data da REALIZAÇÃO DO EXAME DE QUALIFICAÇÃO \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_** Horário: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Local: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **5. BANCA EXAMINADORA** |

|  |
| --- |
| **Orientador (Presidente**): |
| **Membro 2** (Interno PCF – Titular): |
| **Membro 3** (Externo ou Interno PCF – Titular):  | CPF |
| Instituição e Sigla: | RG: |
| e-mail: | FONE |
|  | Data de nascimento: |
| **Membro 4:** (Interno PCF – Suplente) |
| **Membro 5** (Externo ou Interno PCF – Suplente): | CPF: |
| Instituição e Sigla: | RG: |
| e-mail: | FONE: |
|  | Data de nascimento: |
| **6. DECLARAÇÃO** |
| Na qualidade de orientador(a), juntamente com meu orientado(a), declaro para os devidos fins que nos responsabilizamos pela entrega das cópias do trabalho aos membros da banca de Exame de Qualificação.Declaramos também que o trabalho confeccionado seguiu às normas de redação previstas no Regulamento do Programa.  |
| **7. ASSINATURAS** |
| Assinatura do Discente | Assinatura do Orientador(a) |
| ( ) Homologado ( ) Não HomologadoAta nº \_\_\_\_/\_\_\_\_\_ de \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ | Assinatura e Carimbo da Coordenação |

|  |
| --- |
| **8. Quitação de débitos:** Anexar Parecer da Coordenação Acadêmica de quitação de débitos. |