Universidade Estadual de Maringá

Centro de Ciências Agrárias

Programa de Pós-graduação em Ciência de Alimentos

REQUERIMENTO DE DEFESA DOUTORADO

|  |
| --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO(A)** |
| NOME COMPLETO | REGISTRO ACADÊMICO: |
| NOME | DO ORIENTADOR | (A) |
| Data da Defesa: / / Horário: Local: Título da Tese: Título 1° Artigo: Título 2° Artigo: Sugestão de Banca Titular:Nome: Instituição/Departamento: Nome: Instituição/Departamento: Nome: Instituição/Departamento: Nome: Instituição/Departamento: Nome: Instituição/Departamento: Sugestão de Banca Suplente:Nome: Instituição/Departamento: Nome: Instituição/Departamento: ############################################################################Comprovante de Publicação -1°artigoTítulo: Revista/Periódico: Qualis: Comprovante de Publicação - 2°artigoTítulo: Revista/Periódico: Qualis: ***Formas de apresentação de Tese dos discentes do Programa de Pós-Graduação em Ciência de Alimentos. (Verificar Resolução Vigente, disponível na página do PPC – link Formulários).*** |
| DATA | ASSINATURA DO(A) ALUNO(A) |
| EU,..................................................................................................................ORIENTADOR(A),ESTOU CIENTE E DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA.DATA ASSINATURA |
| **1ªVIA-SECRETARIA 2ªVIA-ORIENTADOR(A) 3ªVIA-ALUNO(A)** |