REQUERIMENTO QUALIFICAÇÃO

Universidade Estadual de Maringá Centro de Ciências Agrárias

Programa de Pós-graduação em Ciência de Alimentos

|  |
| --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO (A)** |
| NOME COMPLETO | REGISTRO ACADÊMICO: |
| NOME DO ORIENTADOR (A) |
| **ASSUNTO** |
| Data: / / Horário: Local: Título: Sugestão de Banca Titular:Nome: Instituição/Departamento: Nome: Instituição/Departamento: Nome: Instituição/Departamento: Sugestão de Banca Suplente:Nome: Instituição/Departamento: Nome: Instituição/Departamento:  |
| DATA ASSINATURA DO (A) ALUNO (A) |
| EU, .................................................................................................................. ORIENTADOR(A), ESTOU CIENTE E DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA.DATA ASSINATURA |
| DATA ASSINATURA DO (A) ORIENTADOR (A) |
| **1ª VIA - SECRETARIA 2ª VIA - ORIENTADOR(A) 3ª VIA - ALUNO(A)** |