|  |
| --- |
| **SOLICITAÇÃO DE EXAME DE QUALIFICAÇÃO DE DOUTORADO** |

AO/A PROFESSOR/A:

     -Coordenador/a do PPGAS/UFRN.

|  |
| --- |
| Nome do/a doutorando/a:       |
| Título do trabalho:       |
| Data de realização da banca:       | Horário:       |

**COMISSÃO EXAMINADORA:**

A Banca Examinadora de Qualificação de Doutorado deverá ter a seguinte composição: 03 (três) professores, incluindo o/a orientador/a e um membro suplente.

**MEMBROS TITULARES:**

|  |
| --- |
| **Orientador/a** |
| Prof(ª). Dr(ª):        |
| Como deseja receber o texto: |  |
| Tipo de participação: |  |
| **Examinador/a**  |
| Prof(ª). Dr(ª):        |
| Contatos:  | E-mail:       Telefone: (   )       |
| Como deseja receber o texto: |  |
| Tipo de participação: |  |

|  |
| --- |
| **Examinador/a**  |
| Prof(ª). Dr(ª):       |
| Contatos:  | E-mail:       Telefone: (   )       |
| Como deseja receber o texto: |  |
| Tipo de participação: |  |

|  |
| --- |
| **Suplente interno** |
| Prof(ª). Dr(ª):        |
| Como deseja receber o texto: |  |
| Tipo de participação: |  |

Natal/RN,   /  /

|  |
| --- |
| Clique aqui para digitar texto. |

 Assinatura do(a) orientador(a)

|  |
| --- |
| Clique aqui para digitar texto. |

 Assinatura do(a) aluno(a)