|  |
| --- |
| **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)