|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| UFPB01 | **UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA**  **CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  **PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO E INOVAÇÃO TECNOLÓGICA EM MEDICAMENTOS (UFRN/UFPB/UFRPE/UFC)** |  |

João Pessoa, \_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 20\_\_\_.

08

**Fall**

Para

Coordenação Local do PPgDITM/UFPB

Nesta

Prezados,

Com os meus cumprimentos solicito de V. S.ª o agendamento junto a coordenação local do PPgDITM/UFPB, do **Exame de Qualificação** do(a) doutorando(a) desse Programa,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, para o dia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_:\_\_\_, na(o)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Segue a documentação exigida para este fim.

Ciente do seu apoio, renovo meus apreços e considerações.

Cordialmente,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Orientador

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Centro de Ciências da Saúde - Cidade Universitária

Campus 1 - Castelo Branco. Fone: (83) 3216-7893.

<http://www.ufpb.br/pos/ditm>

e-mail: [ditmufpb@gmail.com](mailto:ditmufpb@gmail.com)