Ao

Coordenador do PPGO

Profº Yuri Wanderley Cavalcanti

Centro de Ciências da Saúde

Cidade Universitária – Campus I

João Pessoa – PB

#### REQUERIMENTO DE MARCAÇÃO DE PRÉ-BANCA/QUALIFICAÇÃO

Senhor Coordenador,

Eu, “NOME DO ALUNO”, abaixo assinado, aluno regularmente matriculado no curso de “MESTRADO OU DOUTORADO” do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, tendo cumprido todos os requisitos exigidos pelo Programa, venho mui respeitosamente solicitar a V. Sa., encaminhar ao Colegiado o meu pedido de aprovação de agendamento do exame de “PRÉ BANCA OU QUALIFICAÇÃO”.

Nestes termos,

Pede deferimento.

João Pessoa, XX de XXXXX de XXXX

Encaminho anexos a este requerimento, os seguintes documentos:

solicitação de agendamento pré-banca/qualificação;

histórico escolar atualizado;

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

Assinatura do aluno

TODA DOCUMENTAÇÃO DEVE SER ENVIADA EM UM **ARQUIVO ÚNICO EM PDF** (JUNTAMENTE COM O REQUERIMENTO) PARA O E-MAIL DO PROGRAMA: ppgo@ccs.ufpb.br

**SOLICITAÇÃO DE AGENDAMENTO DE QUALIFICAÇÃO**

**DOUTORADO**

**À Coordenação do Programa de Pós-graduação em Odontologia,**

**Universidade Federal da Paraíba.**

Prezado Coordenador,

Venho através deste documento solicitar a aprovação do pedido de agendamento do exame de qualificação a seguir.

Nome do aluno:

Nome do orientador:

Título do trabalho:

Data do exame: Hora:

Local:

Membros da banca examinadora

Titulares (Nome/Programa de Pós-graduação/Instituição):

1. Presidente –
2. Membro 1 –
3. Membro 2 –

Suplentes: (Nome/ Programa de Pós-graduação/Instituição)

1. Membro 1 –

João Pessoa, / / .

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

Assinatura do aluno Assinatura do orientador

|  |
| --- |
| **Dados da Dissertação** |
| Linha de Pesquisa em que se enquadra: |
| Título:  Título em Inglês: |
| Resumo:  Abstract: |
|  |
| Palavras-chave:  Keywords: |
| Número de Paginas: |

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

Assinatura do aluno Assinatura do orientador

|  |
| --- |
| Membro Externo a UFPB |
| Nome: |
| Data de Nascimento: |
| CPF: |
| RG/Órgão Emissor: |
| Instituição de Origem: |
| Titulação: |
| Área de Titulação: |
| Instituição de Titulação: |
| Ano da Titulação |
| Endereço Comercial: |
| Telefone Comercial: |
| Endereço Residencial: |
| Telefone Residencial: |
| Telefone Celular: |
| E-mail: |