Ilma. Sra.

Profa. Dra. Lusânia Maria Greggi Antunes

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Toxicologia da

FCFRP-USP

SOLICITAÇÃO DE INSCRIÇÃO NO EXAME DE QUALIFICAÇÃO

Eu, ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, código USP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, aluno regularmente matriculado (a) no Curso de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Doutorado ou Doutorado Direto) do Programa de Pós-Graduação em Toxicologia, Área de Concentração: Toxicologia, venho requerer minha inscrição no Exame de Qualificação e encaminhamento da lista de sugestão de nomes para compor a Comissão Examinadora para continuidade dos trâmites necessários para realização do Exame.

**Período que pretende realizar o Exame de Qualificação: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

Ribeirão Preto, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_.

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

 (Assinatura do aluno)

**Lista de nomes sugeridos**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Doutorado – **lista com 12 nomes**, sem a inclusão do orientador |
|  |  |
|  | Doutorado Direto – **lista com 12 nomes**, sem a inclusão do orientador |

**Obs.:** O agendamento do Exame de Qualificação será feito após aprovação da Comissão Examinadora pela Coordenação do Programa.

LISTAR, na página seguinte, **em uma via**, em ordem alfabética, de acordo com o número referido acima, os dados dos membros componentes da Comissão Examinadora:

SUGESTÃO DE COMPONENTES PARA COMISSÃO EXAMINADORA

EXAME DE QUALIFICAÇÃO

|  |  |
| --- | --- |
| Nome: |  |
| Título: |  |
| Departamento: |  |
| Unidade: |  |
| Linha de Pesquisa |  |
|  |  |

**no final da lista de nomes deve constar:**

|  |  |
| --- | --- |
| Data: |  |
| Nome do(a) orientador(a): |  |
| Assinatura: |  |