Ilmo. Sr.

Prof. Dr. **JONAS AUGUSTO RIZZATO PASCHOAL**

Coordenador(a) do Programa de Pós-Graduação em Toxicologia

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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

**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 |  |
|  |  |

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

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

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

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Nome e Assinatura do orientador) |

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

(Nome e Assinatura do aluno)

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