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 Mestrado 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, e, também, Relatório de Pesquisa ou Artigo publicado intitulado “ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_”.

Solicito também que o Exame de Qualificação seja realizado na língua \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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

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

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

(Assinatura do aluno)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Trabalho apresentado envolve Seres Humanos | |  |  | Sim\* |  |  | Não |
|  | | | | | | | |
| Trabalho apresentado envolve Animais | |  |  | Sim\* |  |  | Não |
|  | | | | | | | |
|  | \*Encaminho anexo cópia da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa correspondente. | | | | | | |
|  |

**Lista de nomes sugeridos**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Mestrado – **lista com 10 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: | |  | | |