



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS AGRÁRIAS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GENÉTICA E MELHORAMENTO**  
Alto Universitário s/n – Caixa Postal 16 – CEP 29500-000 – Alegre – ES  
Telefone: (28) 3552.8933 ou (28) 3552.8674 – E-mail: ppggmufes@gmail.com



## REQUERIMENTO PARA EXAME DE QUALIFICAÇÃO

Nível de Doutorado

Nome do aluno (a): \_\_\_\_\_

Linha de Pesquisa: \_\_\_\_\_

Matrícula nº \_\_\_\_\_ vem requerer o **Exame de Qualificação**. A data sugerida para sua apresentação é \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas. Informamos que o (a) discente cumpriu todos os requisitos e créditos exigidos, vide histórico escolar em anexo, conforme o Regulamento do Programa.

Título do Exame de Qualificação: \_\_\_\_\_

Os professores/pesquisadores sugeridos para compor a banca examinadora encontram-se listados abaixo:

| PROFESSOR/PESQUISADOR | INSTITUIÇÃO |
|-----------------------|-------------|
|                       |             |
|                       |             |
|                       |             |
|                       |             |
|                       |             |
| <b>Suplente:</b>      |             |
| <b>Suplente:</b>      |             |

**OBS:** anexar curriculum vitae dos membros externos.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Orientador

\_\_\_\_\_  
Assinatura do aluno

### BANCA APROVADA:

| PROFESSOR/PESQUISADOR |
|-----------------------|
| Presidente:           |
| 1° Titular:           |
| 2° Titular:           |
| 3° Titular:           |
| Suplente:             |

Em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Coordenação do Programa