



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
Suplente:	
Suplente:	

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