



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DA NATUREZA
DEPARTAMENTO DE QUÍMICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM QUÍMICA

FORMULÁRIO PARA INDICAÇÃO DE MEMBROS
DA BANCA EXAMINADORA PARA DEFESA DE TESE DE DOUTORADO

Ilma. Sra.
Profa. Dra. Antonia Lúcia de Souza
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Química

Senhora Coordenadora:

Estou encaminhando a V.Sa. os nomes dos professores abaixo relacionados, a serem indicados pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Química, para compor a Banca Examinadora da Defesa de Tese de Doutorado do aluno(a): _____.

Título da Tese: “ _____ ”

Data prevista para a defesa de Tese: ____/____/____.

Local: (webconferência) Link: _____

Horário: _____

Relação dos Professores indicados:

Professor(a) Dr(a). (Orientador): _____.

Professor(a) Dr(a). (2º. Orientador): _____.

Professor(a) Dr(a). (Membro Externo): _____.

Professor(a) Dr(a). (Membro Externo): _____.

Professor(a) Dr(a). (Membro Interno): _____.

Professor(a) Dr(a). (Membro Interno): _____.

Professor(a) Dr(a). (Membro Suplente Externo): _____.

Professor(a) Dr(a). (Membro Suplente Interno): _____.

Atenciosamente

Assinatura do Professor Solicitante

PARA USO DO COLEGIADO DO PROGRAMA:

Data de Defesa: ____/____/____

Horário: _____.

Professor(a) Dr(a). (1º. Membro Externo): _____

Professor(a) Dr(a). (2º. Membro Externo): _____

Professor(a) Dr(a). (1º. Membro Interno): _____

Professor(a) Dr(a). (2º. Membro Interno): _____

Professor(a) Dr(a). (Membro Suplente Externo): _____

Professor(a) Dr(a). (Membro Suplente Interno): _____

OBS.: O presente formulário só será aceito pela Coordenação Do Programa no prazo de (30) trinta dias antes da Defesa da Tese de Doutorado. Caso o prazo não seja cumprido no período determinado, o Colegiado do Programa marcará uma nova data. O aluno terá que anexar a cópia do Artigo Publicado ou o Aceite do trabalho realizado. Solicitamos também que sejam enviados em DOC a cópia do RESUMO e PALAVRAS CHAVE para o e-mail do ppgq.ufpb@gmail.com.

DADOS DOS PROFESSORES CONVIDADOS: (OBRIGATÓRIO)

NOME: _____ CPF: _____
NOME DA MÃE: _____ SEXO: M () F ()
E-MAIL: _____ DAT/NASC ____/____/____
NATURALIDADE: _____ NACIONALIDADE _____
RG: _____ UF _____ TITULAÇÃO: _____ IES _____
ANO DE TITULAÇÃO: _____ ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: _____

NOME: _____ CPF: _____
NOME DA MÃE: _____ SEXO: M () F ()
E-MAIL: _____ DAT/NASC ____/____/____
NATURALIDADE: _____ NACIONALIDADE _____
RG: _____ UF _____ TITULAÇÃO: _____ IES _____
ANO DE TITULAÇÃO: _____ ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: _____

NOME: _____ CPF: _____
NOME DA MÃE: _____ SEXO: M () F ()
E-MAIL: _____ DAT/NASC ____/____/____
NATURALIDADE: _____ NACIONALIDADE _____
RG: _____ UF _____ TITULAÇÃO: _____ IES _____
ANO DE TITULAÇÃO: _____ ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: _____

NOME: _____ CPF: _____
NOME DA MÃE: _____ SEXO: M () F ()
E-MAIL: _____ DAT/NASC ____/____/____
NATURALIDADE: _____ NACIONALIDADE _____
RG: _____ UF _____ TITULAÇÃO: _____ IES _____
ANO DE TITULAÇÃO: _____ ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: _____

NOME: _____ CPF: _____
NOME DA MÃE: _____ SEXO: M () F ()
E-MAIL: _____ DAT/NASC ____/____/____
NATURALIDADE: _____ NACIONALIDADE _____
RG: _____ UF _____ TITULAÇÃO: _____ IES _____
ANO DE TITULAÇÃO: _____ ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: _____

NOME: _____ CPF: _____
NOME DA MÃE: _____ SEXO: M () F ()
E-MAIL: _____ DAT/NASC ____/____/____
NATURALIDADE: _____ NACIONALIDADE _____
RG: _____ UF _____ TITULAÇÃO: _____ IES _____
ANO DE TITULAÇÃO: _____ ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: _____