A/C: **Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas do ICF.**

**(Nome do coordenador do PPGCF)**

De: (PROFESSOR-A ORIENTADOR-A)

Assunto: **AGENDAMENTO DE QUALIFICAÇÃO - ALUNO-(A):**

Senhor(a) Coordenador(a),

Venho solicitar de Vossa Senhoria, **agendamento do exame de qualificação**, conforme dados a seguir:

1) Aluno:

2) Orientador(a):

3) Título da Dissertação:

4) Proposta de Banca Examinadora (dois titulares, um avaliador interno do PPGCF; um avaliador externo ao programa, além de seus respectivos suplentes)

5) Data (Mês) e horário:

6) Local: ICF ou Videoconferência

**REQUISITOS PARA REALIZAÇÃO (Preenchimento exclusivo da Secretaria do PPGCF)**

**( ) 1** - Estágio docência obrigatório aprovado com Carga Horária de 30 horas.

**( ) 2** - Submissão ou publicação de Artigo Científico em periódico.

**( ) 3** - 21 créditos cursados em disciplinas acadêmicas e atividades obrigatórias do PPGCF.

Disponibilizo-me para demais esclarecimentos,

Maceió, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

Respeitosamente,

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

Prof. Dr. / Profa. Dra. (ASSINATURA e CARIMBO)