



REQUERIMENTO DE EXAME DE QUALIFICAÇÃO

Anexo 1

DADOS PESSOAIS		
Nome:		
Endereço:		
Cidade:	UF:	CEP:
Curso:		
Título do Projeto:		
Ano Ingresso:	Matrícula N.:	
Tel. Fixo:	Celular:	
E-mail:		
Orientador:		

Solicito ao Colegiado do PPGF, Exame de Qualificação:

Data do Exame: Horário:

BANCA EXAMINADORA

PROGRAMA ()	EXTERNO ()	TITULAR ()	SUPLENTE ()
Nome:			
Instituição:		Departamento:	
Endereço:			
Cidade:	UF:	CEP:	
Tel. Fixo:	Celular:		
E-mail:			

PROGRAMA ()	EXTERNO ()	TITULAR ()	SUPLENTE ()
Nome:			
Instituição:		Departamento:	
Endereço:			
Cidade:	UF:	CEP:	
Tel. Fixo:	Celular:		
E-mail:			



Universidade Estadual do Centro-Oeste

Reconhecida pelo Decreto Estadual nº 3.444, de 8 de agosto de 1997

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FLORESTAIS - PPGF



PROGRAMA ()	EXTERNO ()	TITULAR ()	SUPLENTE ()
Nome:			
Instituição:		Departamento:	
Endereço:			
Cidade:		UF:	CEP:
Tel. Fixo:		Celular:	
E-mail:			

PROGRAMA ()	EXTERNO ()	TITULAR ()	SUPLENTE ()
Nome:			
Instituição:		Departamento:	
Endereço:			
Cidade:		UF:	CEP:
Tel. Fixo:		Celular:	
E-mail:			

PROGRAMA ()	EXTERNO ()	TITULAR ()	SUPLENTE ()
Nome:			
Instituição:		Departamento:	
Endereço:			
Cidade:		UF:	CEP:
Tel. Fixo:		Celular:	
E-mail:			

Irati-PR, de de 20

Aluno(a)

Orientador(a)

Parecer do Colegiado do PPGF:

Ata Reunião Colegiado do PPGF:

Nº _____, de ____/____/_____.

Coordenador do PPGF
Assinatura/Carimbo

Home Page: <http://www.unicentro.br>

Campus Santa Cruz: Rua Pres. Zacarias 875 – Cx. Postal 3010 – Fone: (42) 3621-1000 – FAX: (42) 3621-1090 – CEP 85.015-430 – GUARAPUAVA – PR

Campus CEDETEG: Rua Simeão Camargo Varela de Sá, 03 – Fone/FAX: (42) 3629-8100 – CEP 85.040-080 – GUARAPUAVA – PR

Campus de Irati: PR 153 – Km 07 – Riozinho – Cx. Postal, 21 – Fone: (42) 3421-3000 – FAX: (42) 3421-3067 – CEP 84.500-000 – IRATI – PR