Cidade Universitária “Zeferino Vaz”, 14 de setembro de 2022

À Comissão de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Farmacêuticas

Encaminhamos sugestão de membros para compor a **Comissão Examinadora de Exame de Qualificação – Nível**      do(a) aluno(a)      , RA      , e-mail     , telefone (     )       -      , para ser avaliada pela CPG/FCF. A data prevista para o Exame é      /     /     , às       horas, no(a)  .

**Título do Projeto:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Orientador** | Prof(a) Dr(a) |
| **Coorientador (se houver)** | Prof(a) Dr(a) |

**MEMBROS TITULARES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Presidente**  Credenciado ao PPG Ciências Farmacêuticas | Prof(a) Dr(a)  Justificativa da indicação: | |
| **1º Titular**  Externo ao PPG Ciências Farmacêuticas, pertencente ao não à Unicamp | Prof(a) Dr(a)  Currículo Lattes | Instituição  Titulação atual  e-mail |
| Vinculado a algum programa de pós-graduação? Não  Sim  Qual? | |
| **2º Titular**  Credenciado ou não ao PPG Ciências Farmacêuticas e pertencente ou não à Unicamp | Prof(a) Dr(a)  Currículo Lattes | Instituição  Titulação atual  e-mail |
| Vinculado a algum programa de pós-graduação? Não  Sim  Qual? | |

**MEMBROS SUPLENTES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1º Suplente**  Credenciado ao PPG Ciências Farmacêuticas | Prof(a) Dr(a)  Justificativa da indicação: | |
| **2º Suplente**  Externo ao PPG Ciências Farmacêuticas, pertencente ao não à Unicamp | Prof(a) Dr(a)  Currículo Lattes | Instituição  Titulação atual  e-mail |
| Vinculado a algum programa de pós-graduação? Não  Sim  Qual? | |
| **3º Suplente**  Credenciado ou não ao PPG Ciências Farmacêuticas e pertencente ou não à Unicamp | Prof(a) Dr(a)  Currículo Lattes | Instituição  Titulação atual  e-mail |
| Vinculado a algum programa de pós-graduação? Não  Sim  Qual? | |

Declaro não haver conflito de interesses manifestos ou potenciais na Comissão Examinadora de Exame de Qualificação acima sugerida de acordo com a Instrução Normativa CPG/FCF nº 06/2020.

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

**Prof(a) Dr(a)**

**Orientador(a)**