Cidade Universitária “Zeferino Vaz”, 12 de janeiro de 2024

**Assunto: Solicitação de Exame de Qualificação —       — RA**

À Comissão de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Farmacêuticas,

Encaminho as indicações para a **Comissão Examinadora de Exame de Qualificação – Nível**      de , RA      , e-mail     , telefone (     )       -      , Currículo Lattes      , para avaliação desta Comissão.

A data prevista para o Exame é **/****/**, às       horas.

**Título do Projeto:**

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

**MEMBROS TITULARES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Presidente**  Credenciado ao PPG Ciências Farmacêuticas | **Prof(ª) Dr(ª)**  Currículo Lattes  Justificativa da indicação:  Videoconferência? Não  Sim  Justificativa | |
| **Titular**  Externo ao PPG Ciências Farmacêuticas; interno ou externo à Unicamp | **Prof(ª) Dr(ª)**  Currículo Lattes | Instituição  e-mail  telefone |
| Vinculado a algum programa de pós-graduação? Não  Sim  Qual?  Caso não seja vinculado a um PPG, indique a produção acadêmica no último triênio, de acordo com Instrução Normativa CPG/FCF 06/2020 (mínimo de 3 produções, entre artigos e patentes)    Videoconferência? Não  Sim  Justificativa | |
| **Titular**  Credenciado ou não ao PPG Ciências Farmacêuticas; interno ou externo à Unicamp | **Prof(ª) Dr(ª)**  Currículo Lattes | Instituição  e-mail  telefone |
| Vinculado a algum programa de pós-graduação? Não  Sim  Qual?  Caso não seja vinculado a um PPG, indique a produção acadêmica no último triênio, de acordo com Instrução Normativa CPG/FCF 06/2020 (mínimo de 3 produções, entre artigos e patentes)    Videoconferência? Não  Sim  Justificativa | |

**MEMBROS SUPLENTES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Suplente**  Credenciado ao PPG Ciências Farmacêuticas | **Prof(ª) Dr(ª)** | |
| Currículo Lattes  Justificativa da indicação:  Videoconferência? Não  Sim  Justificativa | |
| **Suplente**  Externo ao PPG Ciências Farmacêuticas; interno ou externo à Unicamp | **Prof(ª) Dr(ª)**  Currículo Lattes | Instituição  e-mail  telefone |
| Vinculado a algum programa de pós-graduação? Não  Sim  Qual?  Caso não seja vinculado a um PPG, indique a produção acadêmica no último triênio, de acordo com Instrução Normativa CPG/FCF 06/2020 (mínimo de 3 produções, entre artigos e patentes)    Videoconferência? Não  Sim  Justificativa | |
| **Suplente**  Credenciado ou não ao PPG Ciências Farmacêuticas; interno ou externo à Unicamp | **Prof(ª) Dr(ª)**  Currículo Lattes | Instituição  e-mail  telefone |
| Vinculado a algum programa de pós-graduação? Não  Sim  Qual?  Caso não seja vinculado a um PPG, indique a produção acadêmica no último triênio, de acordo com Instrução Normativa CPG/FCF 06/2020 (mínimo de 3 produções, entre artigos e patentes)    Videoconferência? Não  Sim  Justificativa | |

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 06/2020**](https://www.fcf.unicamp.br/wp-content/uploads/2022/05/IN-CPG-06-2020.pdf).

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

**Prof(ª) Dr(ª)**

**Orientador(a)**