



REQUERIMENTO DE QUALIFICAÇÃO

Chapadão do Sul, ____ de _____ de _____

Ao sr. Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Agronomia do CPCS/UFMS

Vimos pela presente solicitar a realização do exame de qualificação do(a) acadêmico(a)

matriculado no Programa de Pós-Graduação em Agronomia, sob orientação do(a) prof.(a) dr.(a)

cujo trabalho se denomina _____
_____.

Indicamos a seguinte data e período de realização do exame:

Data: ___/___/___ Período: () Manhã () Tarde

Sugerimos os seguintes docentes/ pesquisadores para comporem a comissão examinadora da qualificação:

Membros titulares:

Nome	CPF	Instituição

Membros suplentes:

Nome	CPF	Instituição

Atenciosamente,

Acadêmico

Orientador

Programa de Pós-Graduação em Agronomia
Câmpus de Chapadão do Sul – CPCS

Rod. MS 306, Km. 105 * Caixa Postal 112 * Fone: 0xx67 3562-6324/6319 Fax 0xx67 3562-6310
79560-000 * Chapadão do Sul (MS) * http://cpcs.ufms.br/pos_graduacao/ e-mail: ppga.cpcs@ufms.br