 Forma

Descrição gerada automaticamente com confiança média

**São Paulo,**

Senhor(a) Coordenador(a),

Pela presente, encaminho a V.Sa. o Memorial de Doutorado do(a) aluno(a)

**,** matrícula nº \_ \_ como pré-requisito para o Exame de Qualificação. Título do Projeto: “\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_”.

Declaro que o(a) aluno(a) está com seu currículo lattes devidamente atualizado, conforme se pode consultar pelo link: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Data de atualização do currículo lattes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Orientador(a)

Prof.(a) Dr.(a) \_

Instituição: \_

Examinador(a)

Prof.(a) Dr.(a) Instituição:\_

Examinador(a)

Prof.(a) Dr.(a) \_

Instituição:\_ \_

Suplente 1

Prof.(a) Dr.(a) Instituição: \_

O exame realizar-se-á no dia / / às : h na sala:

Aguardo as devidas providências. Cordialmente,

\_ \_ \_

# Orientador

À Secretária para as devidas providências

# \_ \_ \_ Data: \_/\_ /

Coordenador(a) do Programa

Rua Ministro de Godoi, 969, 4ºandar, sala 4E 03 - São Paulo/SP – CEP 05014-901 - Fone: (11) 3670-8412 <http://www.pucsp.br/pos>- [poslcl@pucsp.br](mailto:poslcl@pucsp.br)