# UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Faculdade de Ciências Farmacêuticas

## **COMISSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO**

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

**REFERENTE A DEFESAS E EXAMES DE QUALIFICAÇÃO DE MESTRADO E DOUTORADO**

**SOLICITAÇÃO de suspensão do quanto previsto nos Artigos 72 parágrafo 3º**

 **e Artigo 91 parágrafo 2º do Regimento de Pós-graduação da USP**

|  |
| --- |
| **Programa de Pós-Graduação:** |
| **Tipo de Exame:( ) Defesa****( ) Qualificação** |
| **Nível na PG:( ) Mestrado****( ) Doutorado** |
| **Discente:****Número USP:** |
| **Orientador(a):** |
| **JUSTIFICATIVA (detalhar o caso e a necessidade específica):** |
| **Descreva que tecnologia (PLATAFORMA) será utilizada para execução das atividades (exemplo: Sistema e-disciplinas da USP ou similar, Skype, HangoutMeet, Hangout, Whatsapp)** |
| **Ciência do Presidente da Banca Examinadora (nome completo legível, com data e assinatura)** |
| **Andamento dos trabalhos realizados (descrever, sinteticamente, de forma clara)** |
| **Concordância da Comissão Coordenadora de Programa (CCP) e/ou da CPG:****Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_****Assinatura do Coordenador da CCP e/ou Presidente da CPG:** |
| **Observações (se necessário, acrescente aqui informações não previstas nos campos anteriores)** |
| **Análise do Pró-Reitor de Pós-Graduação USP:****( ) Deferido****( ) Indeferido** |