Universidade de São Paulo - Faculdade de Ciências Farmacêuticas

FORMULÁRIO PARA AUTORIZAÇÃO DE BANCA REMOTA

Programa de Pós-Graduação:
Tipo de Exame:( ) Defesa ( ) Qualificação
Nível na PG: ( ) Mestrado ( ) Doutorado
Discente: **Número USP:**
Orientador(a):
Manifestação do Orientador:
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)
Deliberação da Comissão Coordenadora de Programa (CCP) **Data:**
Deliberação da Comissão de Pós-Graduação (CPG) **Data:**
Observações (se necessário, acrescente aqui informações não previstas nos campos anteriores)