

REQUERIMENTO PARA PRORROGAÇÃO DE PRAZO

Discente:

RGM:

Programa:

Turma:

Unidade:

REQUER ao Colegiado de Curso de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em

nível

prorrogação de prazo para conclusão do Curso, pelo período

de meses.

Justificativa:

Data da Qualificação (quando houver):

Data da solicitação:

Assinatura do aluno

Obs.: Anexar Versão preliminar da dissertação ou tese e cronograma das atividades a serem desenvolvidas no período de prorrogação

Orientador

Parecer do orientador:

Orientador:

Data: ____/____/____

Assinatura do Orientador

Colegiado do Programa

Concedido o prazo de ____ meses a partir de ____/____/____

Data: ____/____/____

Assinatura do Presidente do Colegiado
Sob carimbo

Secretaria

Lançado no Sigpós em:

Data: ____/____/____

Assinatura
sob carimbo

Obs.: Anexar Ata do colegiado. Após o lançamento no Sigpós enviar a DRA.

Obs.: Imprimir no verso do formulário

Protocolo de recebimento (entregar ao aluno)

Requerimento de Prorrogação de Prazo

Discente:

RGM:

Programa:

Unidade:

Turma:

Recebido em: ____/____/____

Assinatura do responsável pelo recebimento
Sob carimbo

Obs.: Este protocolo deverá ser entregue nos casos em que o documento não seja enviado por e-mail ou outra forma digital.