

REQUERIMENTO PARA PRORROGAÇÃO DE PRAZO

Discente:

RGM:

Orientador(a):

Programa: Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Letras - Mestrado Acadêmico

Unidade: Campo Grande

Turma (ano de ingresso):

REQUER ao Colegiado de Curso de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Letras, Mestrado Acadêmico, prorrogação de prazo para conclusão do Curso, pelo período de _____ meses.

Justificativa:

Data da Qualificação (quando houver):

Data da solicitação:

Assinatura do(a) aluno(a)

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

Orientador(a)

Parecer do(a) orientador(a):

Data:

Assinatura do Orientador(a)

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.

Imprimir no verso do formulário.