**Requerimento Dilação de Prazo**

Ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

**Dilação de Prazo para Exame de Qualificação:**

Tese Doutorado ( ) Dissertação de Mestrado ( )

**Dilação de Prazo para:**

Defesa de Tese Doutorado ( ) Dissertação de Mestrado ( )

**Discente:**  **Matrícula:**

Solicito ao Colegiado do PPGCSAUDE, dilação de prazo para exame de qualificação e/ou defesa da (Dissertação/Tese).

Prorrogação de Prazo até: \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |
| --- |
| **Justificativa pelo não Cumprimento do Prazo Regulamentar:** |
| **Parecer circunstanciado do orientador em que, dentre outros aspectos, ateste a capacidade acadêmica do discente em realizar o proposto dentro do prazo de dilação solicitado, observado os limites máximos previstos nas normas regimentais do PPCSA:** |
| **Anexar cronograma com as atividades propostas, o estado atual da pesquisa bem como o plano de trabalho até a defesa:** |
| **Parecer do Colegiado do PPCSA:** |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Assinatura do Aluno*** |  | ***Assinatura do Orientador*** |

**Solicitado em: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_.**