 ***Universidade Federal Uberlândia***

***Faculdade de Medicina***

 **pROGRAMA de PÓS-GRADUAÇÃO em ciências da saúde**

**Av. Pará, 1720 – bairro Umuarama – Uberlândia – MG CEP: 38400-902**.

**telefone: (34) 3225-8628 – E-mail: copme@ufu.br**

**REQUERIMENTO DILAÇÃO DE PRAZO**

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

**Dilação de Prazo para Defesa de Tese Doutorado ( ) Dissertação de Mestrado ( )**

Eu\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Matrícula:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Solicito ao Colegiado do PPCSA, dilação de prazo para defesa da (Dissertação/Tese).

Data prevista para a Defesa:\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |
| --- |
|  **Justificativas – Obs: em caso de doença anexar atestado médico.** |
|  |
| **Parecer do Orientador (a):** |
|  |
| **Parecer do Colegiado do PPCSA:** |
|  |

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

**Solicitado em: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_. “Ad referendum” em \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_.**

**Aprovado pelo Conselho do Programa**

**Em reunião de \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_.**

|  |
| --- |
|  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Coordenador(a) PPCSA** |

**Secretaria do PPCSA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**