 ***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:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Orientador:

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

Prorrogação de Prazo para a Defesa 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, perspectivas de publicação, 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: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_. “Ad referendum” em \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_.**

**Aprovado pelo Conselho do Programa**

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

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

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