

## REQUERIMENTO DE PRORROGAÇÃO DE PRAZO DE CONCLUSÃO DO CURSO

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

### Ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas

Prezados Senhores,

Venho, por meio deste, requisitar matrícula adicional para a conclusão do curso de \_\_\_\_\_ (Mestrado – 5ª matrícula ou Doutorado – 9ª matrícula) de meu orientando \_\_\_\_\_, registro \_\_\_\_\_, com entrada em \_\_\_\_\_ (ano), \_\_\_\_\_ (semestre), pelo seguinte motivo:

---

---

---

---

---

---

---

- Inserir cronograma de atividades do período requerido.

Atenciosamente,

Prof.(a): \_\_\_\_\_

Assinatura do Professor: \_\_\_\_\_

Assinatura do Aluno: \_\_\_\_\_

Aceite do Coordenador Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas

Ass.: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_