

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.

Data regular prevista para defesa:

Data prevista com prorrogação de defesa:

Atenciosamente,

Prof.(a): _____

Assinatura do Professor: _____

Assinatura do Aluno: _____

Aceite do Coordenador Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas

Ass.: _____ Data: _____ / _____ / _____