

SOLICITAÇÃO DE PRORROGAÇÃO DO MESTRADO

Ao Colegiado da Pós-Graduação em Saúde Translacional

Eu **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** aluno(a) da Pós-Graduação em Saúde Translacional, turma iniciada em **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (**SEMESTRE/ANO**), orientando do Prof.(a) **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, venho solicitar a este Colegiado, a prorrogação de **\_\_\_ meses** a partir de **\_\_\_\_\_\_\_\_ (MÊS/ANO)**, uma vez que não conseguirei defender no prazo regular conforme justificativa abaixo:

 Justificativa:



\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_



Assinatura do Aluno



Assinatura do Orientador