|  |
| --- |
| SOLICITAÇÃO DE PRORROGAÇÃO DE PRAZO PARA QUALIFICAÇÃO |

**A**

**Coordenação do Pós-Graduação em Ciências da Saúde.**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**,** aluno (a) regularmente matriculado (a) no PPGCS/UNIFAP, matrícula \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, área de concentração \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, orientado (a) pelo (a) Prof. (a) Dr. (a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_venho solicitar, em caráter excepcional, **prorrogação de prazo** **da qualificação de meu trabalho de mestrado** por \_\_\_\_\_\_ (até 6 meses), com entrega da dissertação para os membros da banca com no mínimo de 15 dias de antecedência, dia \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ e data de defesa para \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

1. Justificativa do (a) aluno (a):
2. Parecer do (a) orientador (a):
3. Percentual de resultados alcançados até o momento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ex.: 20%, 30%, 40%.....)

|  |  |
| --- | --- |
| **ASSINATURA** | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Aluno (a) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Orientador (a) |

Macapá-AP, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_.