|  |
| --- |
| SOLICITAÇÃO DE PRORROGAÇÃO DE PRAZO PARA DEFESA DE TESE |

À Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Inovação Farmacêutica - PPGIF

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**,** aluno(a) regularmente matriculado(a) no Programa de Pós-Graduação em Inovação Farmacêutica - PPGIF, da Universidade Federal do Amapá - UNIFAP, da área de concentração \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, orientado(a) pelo(a) Prof.(a) Dr.(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_venho solicitar **prorrogação de prazo** **da defesa de tese** por \_\_\_\_\_\_ meses, com entrega da tese para os membros da banca até o dia \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ e data de defesa para \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

1. Justificativa do(a) aluno(a):
2. Parecer do(a) orientador(a):

Macapá-AP, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 201\_\_.

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

|  |
| --- |
| **PARA USO DO COLEGIADO** |
| A solicitação foi ( ) deferida ( ) Indeferida, na reunião realizada em / / . |