

Tel. (32) 2102-3881 e-mail: ppg.odontologia@ufjf.edu.br

**Solicitação de Prorrogação de Exame de Qualificação**

Mestrando (a): \_\_\_\_\_ Matrícula: \_\_\_\_\_

Orientador(a): \_\_\_\_\_

Título do trabalho: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Justificativa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Através desta, solicito ao Colegiado do Programa de Pós-graduação em Odontologia, a prorrogação do prazo para o Exame de Qualificação em até 6 (seis) meses.

Juiz de Fora, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura do Orientador (a)

**Preenchimento pela Secretaria do PPgO**

Recebido em \_\_/\_\_/\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura