

## SOLICITAÇÃO DE PRORROGAÇÃO DE EXAME DE QUALIFICAÇÃO E DEFESAS

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Discente: |  | | | Matrícula: |  |
| Curso: ( ) Mestrado ( ) Doutorado | | | Prorrogação: ( ) Exame de qualificação ( ) Defesa | | |
| Orientador: | |  | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 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 \_\_\_\_\_

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

Orientador (a)

Preenchimento pela Secretaria do PPgO.

|  |
| --- |
| Recebido em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura |

|  |
| --- |
| Aprovação em Reunião do Colegiado  \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ |

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_