

## SOLICITAÇÃO DE PRORROGAÇÃO DE PRAZO PARA A CONCLUSÃO DO CURSO DE MESTRADO

Ao Colegiado do Programa de Pós-graduação em Saúde Translacional

Eu, \_\_\_\_\_, aluno(a) do curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Translacional, com ingresso no semestre letivo de \_\_\_\_/\_\_\_\_ (ano/semestre), no mês de \_\_\_\_\_, orientando(a) do(a) prof.(a) \_\_\_\_\_, **VENHO REQUERER a prorrogação do curso por \_\_\_\_ meses\***, uma vez que não será possível realizar a Defesa de Dissertação dentro do prazo regulamentar do curso, pelo excepcional motivo abaixo justificado:

---

---

---

---

---

---

---

*\* Conforme o Regimento Interno do PPGST, em seu Art. 27, a prorrogação do curso poderá ser requerida pelo(a) discente por até 06 (seis) meses.*

Estou ciente de que a prorrogação não poderá ser solicitada após o penúltimo mês (23º) para a conclusão regular do curso (24 meses) - a contar do mês/ano da matrícula inicial - bem como assumo o compromisso de submeter-me ao novo prazo concedido, sob pena de desligamento do curso, conforme definido no Art. 36, inciso II, do Regimento Interno do PPGST.

Recife, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Assinatura)  
NOME DO (A) ORIENTANDO (A)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura)  
NOME DO (A) PROF (A) ORIENTADOR (A)



---

**(PARA USO EXCLUSIVO DA SECRETARIA)**

- Aprovado(a) no exame de qualificação: (    ) Sim    (    ) Não
- Cumprir Estágio de Docência: (    ) Sim    (    ) Não    (    ) Dispensado
- Prorrogação aprovada pelo Colegiado do PPGST em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Novo prazo para defesa (mês/ano): \_\_\_\_/\_\_\_\_