|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *UNIOESTE* | Universidade Estadual do Oeste do Paraná  *Campus* de Marechal Cândido Rondon  **REQUERIMENTO** |  |

Senhor(a) Coordenador(a) do Programa de Pós-Graduação:

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, aluno regularmente matriculado no Programa de Pós-Graduação em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Mestrado ( ) Doutorado, ciente do Regulamento do Programa, venho REQUERER a Vossa Senhoria:

**1 – Suspensão de matrícula pelo tempo necessário, conforme o caso, sendo este período não computado no prazo de conclusão de curso, conforme Res.146/2023 – CEPE, Art. 51, § 3°** Na impossibilidade de realização de exercício domiciliar e mediante solicitação do discente, o Colegiado pode proceder a SUSPENSÃO DA MATRÍCULA pelo tempo necessário para cada situação:

**( ) Licença maternidade**

**( ) Problema grave de saúde**

OBS: Anexar Atestado Médico

Marechal Cândido Rondon, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ 20\_\_\_\_.

|  |  |
| --- | --- |
| Assinatura do Orientador | Assinatura do Aluno |

|  |
| --- |
| Parecer do Colegiado do Programa de Pós-Graduação: ( ) Deferido ( ) Indeferido  Ata nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura e Carimbo do Coordenador |