|  |
| --- |
| REQUERIMENTO PARA PRORROGAÇÃO DE DEFESA DE MESTRADO  |

|  |
| --- |
| **1. IDENTIFICAÇÃO:** |
| **Nome do discente:** |
| **Nome do orientador:** |
| Bolsista: ( ) Sim ( ) Não | Ano de Ingresso: |

|  |
| --- |
| **2. DISSERTAÇÃO - Título:** |
|  |
|  |
| **Data prevista** **para Qualificação e/ou Defesa:** |

|  |
| --- |
| **3. DISCIPLINAS CURSADAS:** |
| 1- | 4 |
| 2- | 5 |
| 3- |  |

|  |
| --- |
| **4. PERÍODO SOLICITADO DE PRORROGAÇÃO:** |
| **5. PERÍODO CONCEDIDO PELO COLEGIADO:**  |
| **6. JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO:** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Assinatura do discente | Marechal Cândido Rondon, \_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_. |
| Assinatura do orientador | ( ) ciente e de acordo com a solicitação de prorrogação de prazo. Atesto que o discente terá plenas condições de ser aprovado em respectiva qualificação e/ou defesa de tese de doutorado no prazo solicitado. |
| Assinatura do coordenador | ( ) Homologado ( ) Não Homologado |