|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE TRANCAMENTO DE CURSO POR LICENÇA MATERNIDADE/ADOTANTE **Resolução n.º 061/2017-CEPE de 16/03/2017 – Art. 59** | | |
| ( ) MESTRADO | | ( ) DOUTORADO |
| **1. DADOS PESSOAIS** | | |
| **Nome Completo:** | | |
| **Ano de Ingresso:** | | |
| **Telefone:** | **E-mail:** | |
| **Nome do Orientador:** | | |
| **2. PRAZO SOLICITADO PARA TRANCAMENTO** (n.º de meses): | | |
| **3. JUSTIFICATIVA: (ANEXAR ATESTADO MÉDICO)** | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |

|  |
| --- |
| Foz do Iguaçu, (PR), \_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 20\_\_\_\_  Aluno:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Orientador:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **PARECER DO COLEGIADO:**  ( ) Aprovado ( ) Não Aprovado  Data:\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_  Ata n.º\_\_\_\_\_\_\_ |