

ANEXO VI DA RESOLUÇÃO Nº 159/2016-COU, DE 15 DE SETEMBRO DE 2016.

FORMULÁRIO DE RETORNO SEM CONCLUSÃO PARA PROGRAMAS DE PÓS-  
-GRADUAÇÃO *LATO SENSU* OU *STRICTO SENSU*

<b>Identificação</b>		
Agente		Universitário:
_____		
Setor:	_____	
Unidade	de	Lotação:
_____		
<b>Modalidade</b>		
( ) Especialização	( ) Mestrado	( )
Doutorado	( ) Pós-Doutorado	
<b>Local e Período do Afastamento</b>		
Instituição		Promotora:
_____		
Nome	do	Programa:
_____		
Estado:	Cidade:	País:
_____	_____	_____
Grande	Área	- Capes:
_____		
Área	-	Capes:
_____		
Início do Curso (dia, mês, ano) _____		

Período	do	Afastamento	(Início	e
Término)	_____			
Data	do	Retorno	para	Unioeste
_____				
Bolsista:	(	) Sim	(	) Não
Período da Bolsa:	_____			
Nova	data	para	Conclusão:	
_____				

1. Informações e justificativa do orientador sobre a não conclusão da pós-graduação;
2. Cronograma da conclusão, contendo nova data de conclusão;
3. Documento expedido pela coordenação do curso de pós-graduação, que comprove o prazo final do curso.

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura

