

REQUERIMENTO DE LICENÇA MATERNIDADE - STRICTO SENSU

Eu, _____,
(nome por extenso)
inscrito no CPF nº _____, matriculado(a) no Curso de () Mestrado / () Doutorado
do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde do Centro Universitário FMABC, sob o número de
matrícula (RA) _____, venho requerer licença maternidade por um período de até 6 (seis) meses.
Nestes termos, peço deferimento.
Santo André, _____ de _____ de _____.

(assinatura)

PARECER DO ORIENTADOR

Ciente, de acordo.
Santo André, _____ de _____ de _____.

(carimbo /assinatura)

PARECER DA PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO

Ciente, de acordo.
Santo André, _____ de _____ de _____.

(carimbo /assinatura)