

**REQUERIMENTO DE PRORROGAÇÃO DE PRAZO DE MATRICULA
NO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

ATENÇÃO: a prorrogação será contada a partir do vencimento do prazo máximo original e não está disponível para alunos na modalidade ouvinte.

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 FMABC, sob o número de matrícula (RA)
_____, tendo ingressado em ___/___/___, venho requerer a prorrogação do prazo de matrícula.
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)