**REQUERIMENTO DE PRORROGAÇÃO DE PRAZO PARA CONCLUSÃO DE CURSO**

Ilmo. Sr. Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Odontologia/CCS/UFPB

Eu \_\_\_\_\_\_\_\_, aluno(a) regular do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, matrícula nº \_\_\_\_\_\_ e CPF sob o número \_\_\_\_, solicito prorrogação de prazo para conclusão do curso de ( ) Mestrado-até 6 meses ( ) Doutorado- até 12 meses, nos termos abaixo:

Data de admissão no curso (mês/ano): \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Quantidade de meses requeridos: \_\_\_\_\_ meses

( ) Solicito também a prorrogação de bolsas:

( ) Capes – 3 meses

( ) Cnpq – 2 meses

Nestes termos, Peço deferimento.

João Pessoa, (data).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) aluno(a)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) orientador(a)

\*Anexar justificativa do orientador, plano de trabalho para os meses de prorrogação e Relatório com as atividades desenvolvidas até o presente momento