|  |  |
| --- | --- |
| **UFPB color** | **UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA**  **CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  **PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA** |

RELATÓRIO ACADÊMICO DOS ESTUDOS ESPECIAIS

João Pessoa, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_.

Para: Coordenação do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

Prezado Coordenador:

Nome do aluno:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do orientador:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Solicitamos apreciação do **RELATÓRIO ACADÊMICO DO PLANO DE TRABALHO DOS ESTUDOS ESPECIAIS**, conforme: Resolução Nº 09/2018 DO CONSEPE.

Nestes termos, peço deferimento.

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

Assinatura do aluno

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

Assinatura do orientador