

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA**  **CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  **PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA** | UFPB_04 |

**REQUERIMENTO DE PRORROGAÇÃO DE PRAZO DE DEFESA**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, aluno(a) regularmente matriculado(a) no Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família (PPGSF) da UFPB, matrícula nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, venho requerer junto ao Colegiado do PPGSF, a prorrogação de prazo de defesa até \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pelos motivos abaixo descritos:

Diante dos motivos elencados, solicito à Vossa Senhoria a concessão da ampliação do prazo para defesa.

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

Nestes termos, peço deferimento.

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

Assinatura do mestrando/a ou doutorando/a

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

Assinatura do/a orientador/a

**Checklist:**

( X ) Requerimento dirigido à Coordenação do PPGSF antes do término do prazo regular estabelecido pela Resolução do Programa com a Justificativa da Solicitação;

( ) Parecer circunstanciado do(a) orientador(a);

( ) Documentos comprobatórios;

( ) Cópia do trabalho de dissertação (versão preliminar);

( ) Cronograma indicativo das atividades a serem desenvolvidas no período da prorrogação.