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

**REQUERIMENTO DE MUDANÇA DE ORIENTAÇÃO**

João Pessoa-PB, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_.

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

Prezado(a) Coordenador(a) do PPGSC/CCS/UFPB:

Nome do(a) discente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Venho, por meio desta, solicitar mudança de orientação, em virtude dos motivos abaixo destacados:

|  |
| --- |
|  |

Nestes termos, peço deferimento.

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

Assinatura do(a) discente

Ciente e de acordo:

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

Assinatura do(a) orientador(a) atual

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

Assinatura do(a) novo(a) orientador(a)