**SOLICITAÇÃO DE QUEBRA DE REQUISITO**

Eu, Clique ou toque aqui para inserir o texto., docente permanente do Programa Associado de Pós-graduação em Fonoaudiologia (PPGFON/UFPB-UFRN-UNCISAL), em nome da minha orientanda, Clique ou toque aqui para inserir o texto., matrícula nº Clique ou toque aqui para inserir o texto. , discente no nível de mestrado na linha de pesquisa Clique ou toque aqui para inserir o texto. , com base no § 1º, do art. 1º da Resolução nº 01/2018 – PPGFON, solicito colegiado local do Programa Associado de Pós-graduação em Fonoaudiologia na Escolher um item. a quebra de requisito de integralização do mínimo de créditos exigidos para permissão da realização do exame de qualificação ou exame de pré-banca.

 A seguir, quadro resumo das horas efetivamente cumpridas e pendentes da discente:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Créditos | Cumpriu | Pendente |
| Obrigatório | \_\_ horas | \_\_ horas |
| Optativo | \_\_ horas | \_\_ horas |

O motivo da solicitação deve-se a:

|  |
| --- |
| Clique ou toque aqui para inserir o texto. |

João Pessoa/Natal/Alagoas, Clique ou toque aqui para inserir uma data.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Assinatura do(a) discente**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Assinatura do(a) orientador(a)**

|  |
| --- |
| **Para uso da secretaria e coordenação do Programa** |
| [ ]  Aprovado[ ]  Não aprovado | \_\_\_\_\_ª Reunião de Colegiado / Realizada em Clique ou toque aqui para inserir uma data. |