MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PRO-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO

COORDENADORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*

COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FARMACOLOGIA

Campus Universitário Ministro Petrônio Portella Fone/Fax: (86) 3215-5872

NPPM-BL-15 CCS/UFPI Campus Ministro Petrônio Portela

CEP:64049-550

Email: [nppmpg@ufpi.edu.br](mailto:nppmpg@ufpi.edu.br) ou [ppgfarm@ufpi.edu.br](mailto:ppgfarm@ufpi.edu.br)

**REQUERIMENTO DE PRORROGAÇÃO DO PRAZO PARA QUALIFICAÇÃO E DEFESA (MESTRADO E DOUTORADO)**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Matrícula Nº:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ inscrita(o) no CPF sob o Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e no RG Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, aluno(a) regularmente matriculado(a) no Programa de Pós-graduação em Farmacologia ( ) Mestrado ( ) Doutorado, ingresso em \_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_, solicito à Coordenação desse Programa a prorrogação do prazo máximo para Qualificação de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Mestrado/Doutorado por mais \_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_) meses, conforme justificativa em anexo. Tal prorrogação seria contada a partir do vencimento do prazo máximo original, que se encerra em \_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_.

Declaro ter ciência de que uma vez esgotado o novo prazo da prorrogação, sem que tenha defendido a Dissertação do Mestrado ou tese de Doutorado e totalizado todos os créditos exigidos em disciplinas e atividades complementares e programadas, a Coordenação poderá efetuar meu desligamento imediato do Curso de Pós-Graduação em Farmacologia por ato do Colegiado.

Justificativa para a prorrogação:

Parecer do orientador (a):

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

Assinatura do Aluno

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

Assinatura do orientador.

Teresina, ........... de ...................... de 20\_\_\_ .