**SOLICITAÇÃO PARA A PRORROGAÇÃO DO PRAZO DE CONCLUSÃO DO MESTRADO**

|  |
| --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE** |
| **NOME:**  | **NÍVEL DO CURSO:**  |
| **ORIENTADOR:** | **NÚMERO DE MATRÍCULA:** |
| TÍTULO DO PROJETO:  |

Venho por meio desta solicitação à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher a prorrogação do prazo de conclusão de curso, pelo prazo de \_\_\_\_ meses.

Justificamos, ademais, o pedido da prorrogação de prazo com base nas explicações que seguem em anexo.

|  |
| --- |
| **JUSTIFICATIVA PARA PRORROGAÇÃO** |
|  |

|  |
| --- |
| **RELAÇÃO DAS PRODUÇÕES INTELECTUAIS PRODUZIDAS NO DECORRER DO CURSO** |
|  |

|  |
| --- |
| **CRONOGRAMA DE ATIVIDADES** |
| **ETAPAS** | **ANO 2025****TITULO DO TRABALHO:**  |
| **Mês 1** | **Mês 2** | **Mês 3** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **ASSINATURAS** |
| **Aluno (a):** |  |
| **Orientador (a):** |  |

|  |
| --- |
| **PARECER DO COLEGIADO** |
|  |

|  |
| --- |
| **APROVAÇÃO DA COORDENAÇÃO** |
| **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_** [ ]  **Aprovado** [ ] **Não aprovado** **Obs.:** | **Assinatura:** |