|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Ministério da Saúde**FIOCRUZ**Fundação Oswaldo Cruz**Instituto René Rachou –** **FIOCRUZ MINAS**Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva  | **SECRETARIA DE ENSINO** |
| **REQUERIMENTO DE ALTERAÇÃO DE PRAZO**  |
| **IDENTIFICAÇÃO** |
| Aluno(a): | Telefone:  |
| Mestrado ( ) Doutorado ( ) Ingresso (ano/semestre): |
| Linha de Pesquisa: |
| Orientador(a): |
| Título do Projeto de dissertação/tese: |
| Alteração de Prazo de Defesa ( ) Alteração de Prazo de Exame de Qualificação ( ) |
| **JUSTIFICATIVA (**Consultar Ar. 33 [duração curso mestrado e doutorado ] – e Art. 40 [prazos do exame de qualificação] do Regulamento do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva**. Justificar a necessidade de prorrogação de prazo e apresentar cronograma de pesquisa atualizado.** |
|  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura do Orientador(a) Assinatura do Aluno(a) Data: \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Parecer da CPG( ) Deferido ( ) IndeferidoJustificativa: |