|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 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 ( ) Indeferido  Justificativa: | | | |