**REQUERIMENTO DE PRORROGAÇÃO DE PRAZO DE EXAME DE QUALIFICAÇÃO**

À coordenação/Colegiado do Curso do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública da Universidade do Estado do Amazonas

|  |
| --- |
| **CURSO: ( ) MESTRADO ANO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **ALUNO (A):** |
| **MATRICULA:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **CELULAR:** | **E-MAIL (LEGÍVEL):** |

Vem mui respeitosamente à presença de Vossa Senhoria requerer o seguinte:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ord.** | **Discriminação** | **Prazo pretendido para prorrogação** |
| **01** |  |  |

|  |
| --- |
| **Justificativa:** |
| **Ciência do(a) Orientador (a):** |

O requerimento para prorrogação de prazo de Exame de Qualificação deverá estar assinado pelo aluno e orientador, contendo os motivos do pedido documentados, assim como o prazo pretendido. Em caso de solicitação superior à 30 dias, o requerimento deverá ser submetido ao colegiado do curso.

Ass. do(a) aluno(a): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Manaus/AM:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ass. do(a) orientador(a): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Manaus/AM:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Parecer:**

( ) Deferido ( ) Indeferido

Data: \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Assinatura:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_