**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE PRORROGAÇÃO**

EXAME DE QUALIFICAÇÃO OU DEFESA DE DISSERTAÇÃO

**PPGCR/UNIFAL-MG**

|  |
| --- |
| Esse formulário deve ser devidamente preenchido, assinado pelo discente e orientador e **protocolado via SEI** para o PPGCR/UNIFAL-MG, respeitando as normas e calendário vigente. |

A Prof(a). Dr(a).\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Coordenador(a) do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação/UNIFAL-MG

### Encaminhamos a Vossa Senhoria solicitação de:

|  |
| --- |
|  |

1. SOLICITAÇÃO DE PRORROGAÇÃO DE EXAME DE QUALIFICAÇÃO DE DISSERTAÇÃO

|  |
| --- |
|  |

1. SOLICITAÇÃO DE PRORROGAÇÃO DE EXAME DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

**Nome do discente:**

**Nome do orientador:**

**Nome do co-orientador (se houver):**

**Título do Projeto de Dissertação de Mestrado:**

**Linha de Pesquisa no Programa:**

**□ Processo de avaliação, prevenção e reabilitação das disfunções neurológicas, cardiorrespiratórias, vasculares e metabólicas.**

**□ Processo de avaliação, prevenção e reabilitação nas disfunções musculoesqueléticas e do envelhecimento.**

**Número de Meses Cursado no PPGCR/UNIFAL-MG:**

**Prazo proposto para a prorrogação (em dias ou meses):**

**Justificativa:**

Alfenas, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Discente | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Orientador(a) |

|  |
| --- |
| **Para preenchimento do PPGCR/UNIFAL-MG:** ( ) Deferida ( ) Indeferida ( )Ad referendum em \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_,Registrado na \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Reunião do Colegiado, ocorrida em \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_.Assinatura do Coordenador \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |