

REQUERIMENTO

SOLICITANTE

Nome: _____
Matrícula: _____ Nível: () ME () ME Profissional () DO
E-mail: _____ Telefone: () _____ - _____
Programa de Pós-Graduação em: _____
Discente enquadrado no seguinte regulamento:
() Resolução CEPE nº 007, de 22 de janeiro de 2009.
() Resolução CEPE nº 256, de 2 de agosto de 2016.

O ALUNO ACIMA IDENTIFICADO REQUER DESTA PRÓ-REITORIA O SEGUINTE:

- () Afastamento por motivo de saúde – recuperação de trabalhos escolares.
Anexar atestado médico contendo N° do CID e período de afastamento.
- () Licença maternidade. Bolsista FAPEMIG () sim () não
Anexar atestado médico contendo o período de afastamento.
- () Prorrogação do prazo para defesa – data limite solicitada: ___/___/_____.
Anexar justificativa assinada pelo orientador.
- () Entrega de trâmites pós-defesa fora do prazo
Anexar justificativa assinada pelo orientador e comprovante de pagamento da GRU.
- () Trancamento de matrícula do () 1º () 2º semestre letivo de 20____.
Anexar justificativa.

Data: ___/___/_____

Assinatura do solicitante

O requerente deverá informar-se do resultado de sua solicitação na Secretaria do Programa de Pós-Graduação.

PARECERES

COLEGIADO DO CURSO

() Deferido () Indeferido

Motivação:

DATA: ___/___/_____

Assinatura e Carimbo do Coordenador do Programa

PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO

() Deferido () Indeferido

Motivação:

DATA: ___/___/_____

Assinatura e Carimbo do Pró-Reitor de Pós-Graduação