|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **REQUERIMENTO DE PRORROGAÇÃO DO PRAZO DE INTEGRALIZAÇÃO** PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS  UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ (PCF-UNIOESTE) | | | | |
| **1. IDENTIFICAÇÃO** | | | | |
| **Discente:** | | | | **Ano de Ingresso no PCF-UNIOESTE:** |
| **Orientador:** | | | | |
| **2. JUSTIFICATIVA/MOTIVO PARA PRORROGAÇÃO** | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| **3. NOVO cronograma proposto**  **PRAZO MÁXIMO DE PRORROGAÇÃO 6 MESES** | | | | |
| **Data** | **Atividade:** | **Data** | **Outras Atividades:** | |
|  | Desenvolvimento da Pesquisa |  |  | |
|  | Qualificação (quando for o caso) |  |  | |
|  | Redação da Dissertação |  |  | |
|  | Submissão do Trabalho a periódico na área |  |  | |
|  | Defesa |  |  | |
|  | Correções do texto da defesa |  |  | |
|  | Entrega da versão final à Coordenação |  |  | |
| **4. ASSINATURAS** | | | | |
| Assinatura do Discente | | Assinatura do(a) Orientador(a) | | |
| ( ) Deferido ( ) Indeferido  Ata nº \_\_\_\_/\_\_\_\_\_ de \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Integralização prorrogada até: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ | | Assinatura e Carimbo da Coordenação | | |