### Solicitação de dilação de prazo para defesa ou qualificação

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Discente:** |  | | |
| **Matrícula:** |  | **E-mail:** |  |
| **Curso:** | **( ) MESTRADO**  **( ) DOUTORADO** | **Área de Concentração:** |  |
| **Modalidade:** | **( ) QUALIFICAÇÃO DE DOUTORADO ( ) DISSERTAÇÃO ( ) TESE** | | |
| **Orientador(a):** |  | | |
| **Período de concessão solicitado em meses:** |  | | |
| **Justificativa pelo não cumprimento do prazo regulamentar (em caso de motivo de saúde, anexar laudo médico):** |  | | |
| **Cronograma com as atividades propostas:** |  | | |
| **Parecer do(a) orientador(a) onde ateste a capacidade do(a) discente em realizar o proposto dentro do prazo de dilação solicitado:** |  | | |
| **ASSINATURA DO(A) ORIENTADOR(A)** | | | |
|  | | | |