

## 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