



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CAMPUS ARARANGUÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS, TECNOLOGIAS E SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO

SOLICITAÇÃO DE PRORROGAÇÃO DO PRAZO DE CONCLUSÃO DO CURSO

Nome do aluno(a): _____

Professor(a) orientador(a): _____

Data de ingresso no curso: _____ Término previsto para conclusão: _____

Número de créditos cursados: _____ Data da qualificação: _____

Título do trabalho: _____

Data(s) de aprovação na(s) proficiência(s) em língua estrangeira: _____

Tem banca aprovada pelo colegiado? () Sim () Não

Tem/Teve prorrogação aprovada pelo colegiado? () Sim () Não

Período de prorrogação solicitado nesta ocasião: Início: _____ Término: _____

JUSTIFICATIVA QUE MOTIVAM O ATRASO PARA CONCLUSÃO DO CURSO: (pode ser em anexo)

