Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas

Associação Ampla entre a
Universidade Estadual do Centro-Oeste e a
Universidade Estadual de Ponta Grossa

SOLICITAÇÃO DE PRORROGAÇÃO DE PRAZO

Eu, _____,
RA: _____, aluno(a) regularmente matriculado(a) no Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Ciências Farmacêuticas, venho respeitosamente solicitar a prorrogação do prazo para entrega do certificado de Proficiência, pelo período de _____ (_____) dias, (*máximo permitido 90 dias*), conforme justificativa:

Justificativa - (Anexar documento comprobatório, quando for o caso.)

Guarapuava, _____ de _____ de 20____.

Nestes termos, pede deferimento.

_____
Assinatura do(a) Discente

Parecer do(a) Orientador(a)
Declaro que estou de acordo com a solicitação. Em _____/_____/_____. _____ Assinatura do(a) Orientador(a)