**REQUERIMENTO DE PRORROGAÇÃO**

Para Profa.

Rosiane Viana Zuza Diniz

Coordenadora do PPG-MPEENSA/UFRN

Eu, , CPF n° , aluno (a) regular do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Curso de Mestrado, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN, Matrícula nº , sob a orientação do prof. Dr. , venho mui respeitosamente, informar o planejamento para a Qualificação de Dissertação / Defesa de Dissertação no referido Programa, dentro do menor período possível.

**Justificativa:**

**Obs.: Este documento deverá um ter cronograma das atividades a serem desenvolvidas pelo Discente conforme abaixo:.**

Finalização da coleta de dados

Período: \_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_

Análise dos dados

Período: \_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_

Finalização da escrita

Período: \_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_

Qualificação de dissertação

Data provável: \_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_

Defesa de dissertação

Data provável: \_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_

Natal , de de \_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Assinatura do (a) aluno (a) | Assinatura do (a) orientador (a) |
| **Nome:** | **Nome:** |