**CARTA – SOLICITAÇÃO DE PRORROGAÇÃO DO PRAZO DE VÍNCULO COM A PÓS-GRADUAÇÃO – FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

Belo Horizonte, \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Ilmo(a) Sr(a)

**Prof(a)** [Coordenador(a)]

**Coordenador(a) do Programa de Pós-Graduação XXXXXX**

Instituto de Ciências Biológicas - UFMG

Encaminhamos, para a análise do Colegiado deste Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina/UFMG, pedido de prorrogação do prazo de vínculo do(a) discente XXXXXXX, número de registro XXXXXX.

Discente: XXXXXXXXXXXXX

Orientador(a): Prof(a) XXXXXXXXXXXX

* Data Início Vínculo: \_\_/\_\_/\_\_
* Data Término Vínculo: \_\_/\_\_/\_\_
* Nova Data de Término do Vínculo: \_\_/\_\_/\_\_
* Quantos pedidos de prorrogação já foram solicitados?
* Justificativa devidamente comprovada, com ciência do orientador(a):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OBS:** Documentação incompleta, sem assinaturas e/ou com omissão de dados não será aceita pelo Colegiado de Pós-Graduação.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) discente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) orientador(a)