



Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas

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



Parecer da Coordenação:

Solicitação de prorrogação: () Deferida () Indeferida

Observações:

Parecer aprovado "Ad Referendum" do Colegiado, em ____/____/____.

Assinatura do(a) Coordenador(a)
do Programa de Pós-Graduação.

Parecer do Colegiado do PPGCF:

Solicitação aprovada pelo período de _____ dias.

- Prazo para Qualificação ____/____/____.

- Prazo para Defesa em ____/____/____.

APROVADO em reunião do Colegiado do Programa de Pós-Graduação, conforme Ata N° _____, de ____/____/20____.

Assinatura do(a) Presidente do Colegiado.

Ciente do Discente:

DECLARO que estou ciente da decisão do Colegiado.

Local, data.

Assinatura do(a) Discente

Observações:

Art. 29. O Curso tem a duração mínima de 13 (treze) e máxima de 24 (vinte e quatro) meses, incluída a elaboração e defesa da dissertação.

§2º Nos casos devidamente justificados e à critério do Colegiado de Curso, o mestrado pode ser prorrogado por até 6 (seis) meses.