



Campus São Mateus  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA UNIFICADA DE PÓS-GRADUAÇÃO

NOME DO(A) ALUNO(A):	
MATRÍCULA:	CURSO:
E-MAIL:	
ORIENTADOR(A):	

## SOLICITAÇÃO DE PRORROGAÇÃO

**Tipo de prorrogação:**  Qualificação       Defesa

**Já teve prorrogação antes:**  Não       Sim. Qtd de dias:

**Data prevista para qualificação/defesa:**

**Solicitação de prorrogação por                  dias**

**Nova data prevista para qualificação/defesa após prorrogação:**

**Justificativa:**

**Documentação exigida:**

- Anexar cronograma de atividades de acordo com a nova data de defesa/qualificação.

São Mateus – ES,                  de                  de                  .

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) aluno(a)

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do(a) orientador(a)