DESPACHO

**Interessado**: Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Solicitação de prazo para:** | | | **( ) Qualificação ( ) Defesa de Dissertação** | |
| **Prazo solicitado:** | | **( ) 30/06/20 ( )31/12/20** | | |
| **Discente:** |  | | | |
| **Matrícula:** |  | | | **Ano de Ingresso:** |
| **E-mail:** |  | | | |
| **Título do trabalho:** | |  | | |

**O (A) ORIENTADOR(A) Prof(a). Dr(a).** no uso de suas atribuições legais e regulamentares, concorda com o requerimento do(a) Discente.