**REFERENTE A PRORRGACAO DE PRAZO DE EXAME DE QUALIFICACO OU DEFESA**

|  |
| --- |
| **Programa de Pós-Graduação:** Imunologia |
| **Tipo de Exame:( ) Defesa ( ) Qualificação** |
| **Nível na PG:( ) Mestrado ( ) Doutorado** |
| **Nome Discente:** |
| **N USP:** |
| **Orientador(a):** |
| **JUSTIFICATIVA (detalhar o caso e a necessidade específica):** |
| **Dias de prorrogação pedidos (máximo concedido 180 dias):** |
| **Ciência do Orientador**  **Data:**  **Assinatura do Orientador:** |
| **Andamento dos trabalhos realizados (descrever, sinteticamente, de forma clara)** |
| **Concordância da Comissão Coordenadora de Programa (CCP) e/ou da CPG:**  **Data:**  **Assinatura do Coordenador da CCP:** |