### REQUERIMENTO DE AFASTAMENTO EM RAZÃO DE TRATAMENTO DE SAÚDE

Eu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, aluno(a) de ( ) mestrado ( ) doutorado regularmente matriculado(a) no Programa de Pós-Graduação em Administração, solicito a suspensão de prazo para conclusão do curso, por motivo de tratamento de saúde, afastando-me a partir de \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ de acordo com art. 24º, Capítulo I, Título III do Regimento do Programa de Pós-Graduação em Administração com o o Art. 30 da Resolução Normativa Nº 095/CUn/17.

## INFORMAÇÕES DO ALUNO

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Rua / Nº: | | | |  | | | | | |
| Bairro: | |  | | | | | | | |
| CEP: |  | | | | Cidade: |  | | UF: |  |
| Telefone: | | | | | | | Celular: | | |
| E-mail: | | |  | | | | | | |

Florianópolis, de de 20

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

Aluno(a)