### REQUERIMENTO DE AFASTAMENTO EM RAZÃO

### DE TRATAMENTO DE SAÚDE

Eu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, aluno(a) de ( ) Mestrado ( ) Doutorado regularmente matriculado(a) sob nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ no Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, solicito a suspensão de prazo para conclusão de curso, por motivo de **TRATAMENTO DE SAÚDE**, afastando-me a partir de \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_, pelo período de \_\_\_\_\_\_ dias, de acordo com o **Memorando Circular 18/PROPG/2018** e com o o **Art. 30 da Resolução Normativa Nº 095/CUn/17, de 4 de abril de 2017.**

## INFORMAÇÕES DO ALUNO

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

FLORIANÓPOLIS, \_\_\_\_\_\_ DE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DE\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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

Aluno(a)