|  |
| --- |
| Requerimento de Reintegração ao Curso de |
| Nome do(a) aluno(a) desligado(a): |
| Data do desligamento:   /  /20 |
| **Parecer fundamentado aprovando a solicitação de reintegração** (até 950 caracteres). |
| *Data e assinatura do(a) orientador(a)*: |
| **Conferências da Secretaria de Pós-Graduação**   * Requerimento recebido em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (não superior a 6 meses do desligamento, para o mestrado, ou 12 meses, para o doutorado) * O(A) aluno(a) (\_\_\_) tem o mínimo de créditos no curso (24, mestrado; 42, doutorado), * (\_\_\_) Foi aprovado(a) no(a) SAPD/Qualificação, * (\_\_\_) Anexou cópia de um artigo aceito para publicação em revista internacional relativo ao trabalho da sua tese, em periódico indexado e com corpo de revisores, se doutorando, * (\_\_\_) Cópias digitais do trabalho completo, pdf e doc, enviadas para [pgcdtn@cdtn.br](mailto:pgcdtn@cdtn.br), * (\_\_\_) Cópia impressa anexa, * (\_\_\_) Cópia impressa do histórico escolar. |
| **Banca Examinadora, data e hora da defesa de reintegração estabelecidos pelo Colegiado**  *Data e assinatura do(a) coordenador(a)*: |
| **Parecer da banca sobre a reintegração**  *Data e assinatura dos membros*: |