



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ESTUDOS DE LINGUAGEM

SOLICITAÇÃO DE TRANCAMENTO DE PERÍODO

Nome completo do(a) estudante: _____

Nome completo do(a) orientador(a): _____

Matrícula: _____ CPF: _____

E-mail: _____ Telefone: _____

Ano de ingresso no curso: _____ Nível: () Mestrado () Doutorado

Linha de pesquisa: () 1 () 2 () 3

- () Declaro que não sou bolsista de pós-graduação.
() Declaro que não estou no primeiro período do curso de pós-graduação.
() Meu pedido de trancamento está em conformidade com o calendário oficial do PPG.
() Estou ciente de que o trancamento do curso será pelo tempo máximo de seis meses.
() Estou ciente de que este pedido de trancamento será avaliado pela coordenação do PPG.

Solicito o trancamento do _____ (1º ou 2º) período do ano _____, pelo seguinte motivo: _____

Niterói, _____ de _____ de _____

Assinatura do(a) professor(a)-orientador(a)

Assinatura do(a) estudante